Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2014–2015

31 765 Kwaliteit van zorg

Nr. 162 VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 10 augustus 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 24 juni 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **kwaliteitszorg.**
(De volledige agenda is aan het einde van het verslag opgenomen).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Lodders

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

kst-31765-162
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

Voorzitter: Lodders
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Pia Dijkstra, Leijten, Lodders, De Lange en Van Gerven,

en Minister Schippers die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 14.03 uur.

De **voorzitter**: Goedemiddag allemaal. Ik heet iedereen van harte welkom bij dit algemeen overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over kwaliteitszorg. Ik heet de Minister van VWS van harte welkom net als haar ambtelijke ondersteuning en de Kamerleden. Ik heet verder iedereen welkom die in de zaal, thuis of op een andere manier dit debat volgt.
Het debat staat gepland van 14.00 uur tot 17.30 uur. Ik stel voor om een spreektijd te hanteren van vier minuten met twee interrupties. Een praktische opmerking: op dit moment is er geschorst in de plenaire zaal. Zoals het er nu naar uitziet, zal de regeling van werkzaamheden na de stemmingen plaatsvinden en de stemmingen staan gepland na afloop van het debat dat na de lunchpauze wordt hervat. Ik stel voor om gewoon van start te gaan, want het zal nog wel even duren voor we voor de stemmingen worden weggeroepen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Wat is kwaliteitszorg? Dat is voor de SP-fractie gelijkwaardige zorg voor iedereen met een gelijkwaardige toegankelijkheid tot die zorg voor iedereen, zonder financiële drempels. Wanneer krijg je de kwalitatief beste zorg? Volgens mij moet die aan ten minste drie voorwaarden voldoen. 1. De hulpverlener wordt niet door een financieel belang gedreven. 2. De hulpverlener oefent zijn vak uit op basis van de artseneed of beroepscode. 3. Voldoende tijd en aandacht voor de patiënt en streven naar een langer durende relatie tussen arts en patiënt, waardoor vertrouwen wordt opgebouwd.
De Minister vaart een heel andere koers. Het gaat haar vooral om processen, terwijl het om vak en inhoud moet gaan. In de discussie over kwaliteit spreekt de Minister over transparantie, de juiste zorg op de juiste plaats en gepast gebruik. Wat daarbij opvalt is dat daarbij de bezuinigingen een prominente plek innemen, resulterend in de idiote stelling dat lagere kosten in de zorg gepaard gaan met meer kwaliteit. Kwaliteit kost immers geld. Bij de juiste zorg op de juiste plaats past niet een zorgaanbod dat gebaseerd is op geld verdienen. Als je aan zorg verdient, stimuleert dat verspilling en onjuiste zorg. Het is dan ook mijn voorstel om de total bodyscan niet toe te staan. Zo'n scan creëert vraag naar zorg op basis van een instrument dat niet valide is, met veel collateral damage: hogere zorgkosten door vaak onnodige doorverwijzingen en vaak onnodige angst. Om gepast gebruik te realiseren moeten we naar een stelsel waarin alle financiële prikkels zijn uitgeroeid. Daarom moeten we ook stoppen met concurrentie in de zorg, artsen in loondienst laten werken en de betaling per verrichting afschaffen. De Minister heeft beloofd, snel met antwoorden te komen over de vragen over de huisartsenzorg in de Mededingingswet. Wanneer kunnen we die verwachten?
Het is het idee om in 2020 op uitkomstfinanciering over te gaan. Zoals bekend is de SP daarvan geen voorstander. Het is immers heel moeilijk handelen via deze werkwijze. Probeer maar eens vast te stellen wat exact het gevolg is van medisch handelen of juist van niet handelen. Uitkomstfinanciering is het creëren van een bureaucratisch monster. Ik hoor graag hoe het staat met de voortgang op dit punt. Is de Minister van plan om vandaag een winstwaarschuwing te geven? Moeten we eigenlijk niet

gewoon concluderen dat het een idee is met wellicht goede bedoelingen, maar dat het gebaseerd is op luchtfietserij?
Volgens de Minister leven we nu in het Jaar van de transparantie. Niet iedereen is daar even blij mee. De administratieve lasten zijn door de verzamelwoede en de vermeende kwaliteitsmetingen van de zorgverzekeraars compleet doorgeslagen. De NVZ, de Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen, noemt de administratieve lasten voor ziekenhuizen het grootste obstakel voor de verbetering van de kwaliteit. Zullen we niet eens ophouden met alle bureaucratie in de registratie, alleen iets laten registreren als het Zorginstituut Nederland (verder: het Zorginstituut) iets zinnigs bedenkt en dat als leidraad hanteren? Gaat de Minister zorgen voor concrete en meetbare doelen voor het terugdringen van deze enorme bureaucratische idiotie? Kan de Minister ook een einde maken aan de controlegekte van verzekeraars? Drie pagina's formulieren invullen om een verbandmiddel te mogen voorschrijven aan een patiënt met een open been is verkeerde transparantie en het demotiveert hulpverleners. Hoe maken we een eind aan dit soort zaken?

De heer **De Lange** (VVD): Mijnheer van Gerven, iedereen is tegen onnodige bureaucratie. Niemand is daarvoor. Het Jaar van de transparantie houdt ook in dat er heel veel informatie beschikbaar komt voor patiënten om uiteindelijk beredeneerd goede keuzes te kunnen maken en dat er onderzocht wordt waar de kwalitatief beste zorg wordt geleverd. Hoe kijkt de SP aan tegen deze elementen van het Jaar van de transparantie? Onderkent zij in ieder geval het belang dat dit op een goede manier wordt voortgezet, omdat we op die manier ervoor kunnen zorgen dat er goede zorg wordt geleverd?

De heer **Van Gerven** (SP): Het probleem met de zorg is dat het buitengewoon moeilijk is om wetenschappelijk onderbouwd aan te geven wat kwaliteit is en welke dokter beter is dan een andere dokter of welke verpleegkundige beter is dan een andere verpleegkundige. Dat is buitengewoon lastig en daar komt bij dat een kwaliteitscijfer buitengewoon moeilijk te interpreteren is. Een bekend voorbeeld zijn de sterftecijfers van ziekenhuizen. Daarover wordt al jaren gediscussieerd, want het is niet duidelijk hoe goed dat gemeten wordt en wat we daaruit moeten concluderen. Het is ook de vraag of die cijfers niet misbruikt kunnen worden. Dat is het grote probleem van de SP met deze opzet. Het idee dat kennisoverdracht aan patiënten leidt tot betere keuzes van patiënten is op zichzelf goed, maar het probleem bij de zorg is dat het ontzettend moeilijk te realiseren is, heel veel bureaucratie met zich meebrengt en heel weinig oplevert. Dat is de reden waarom wij zeggen: doe dat nou niet en kies voor een andere route.

De heer **De Lange** (VVD): Ik concludeer hieruit dat het volgens u zo moeilijk is om kwaliteit te meten dat de SP de stelling is toegedaan dat we dan maar niet meer moeten inzetten op kwaliteit.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat lijkt mij niet. Ik heb geschetst dat je kwaliteit langs andere wegen moet bereiken. Cruciaal voor kwalitatief goede zorg aan de patiënt is een arts-patiëntrelatie waarbij een arts op basis van de beroepseed en een verpleegkundige op basis van de beroepscode handelen en voldoende tijd en ruimte krijgen. Verder moeten we ervoor zorgen dat zij niet gedreven worden door foute financiële prikkels om juist niet die dingen te doen die je vanuit je vak geacht wordt te doen in overleg met de patiënt. Ik denk dat het veel beter is om deze werkwijze te stimuleren dan steeds maar verder te gaan met het verzamelen van cijfers. Door al die vergelijkingen zien de meeste mensen door de bomen het bos niet meer en tuigen we ook nog eens alleen maar meer

bureaucratie op. De uitvoerders in de zorg en de hulpverleners hebben daar ontzettend veel last van.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Gerven, ik vraag u uw betoog af te ronden.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wilde nu eigenlijk een blog voorlezen, maar vanwege de tijd vraag ik de bode om deze blog aan de commissieleden en de Minister te overhandigen. Misschien kan de Minister daar haar reactie op geven. In deze blog wordt heel scherp het dilemma geschetst dat hulpverleners moeten kunnen afwijken van alle richtlijnen en regels om maatwerk te kunnen leveren. In deze blog gaat het om een middel dat wordt gegeven bij blaasspoelingen; ik heb hierover al eerder gedebatteerd met de Minister. De uroloog geeft aan dat dit middel werkt voor een bepaalde patiënt, maar dat de patiënt dit middel niet meer vergoed krijgt. Om dat middel toch te krijgen moet die patiënt straks misschien wel € 500 per maand gaan betalen. Is dat wel een goede uitkomst van zorg op maat?

De heer **De Lange** (VVD): Voorzitter. Betere zorg tegen lagere kosten kan alleen als de kwaliteit van de zorg hoog is en passend gebruik centraal staat. De inzet op transparantie door een betere informatievoorziening vindt de VVD een goede ontwikkeling. Het is goed dat de Minister hier sterk op stuurt in het Jaar van de transparantie en dat zij resultaten boekt. In dat licht vind ik dat de patiënt een gelijkwaardige gesprekspartner moet zijn van de huisarts of de specialist. Alleen op die manier kan de patiënt zelf verantwoordelijkheid nemen voor zijn behandeling. Wat werkt wel? Wat werkt niet? Waar wel? Waar niet? Gelijkwaardige moderne communicatie tussen patiënt en arts is geboden. Een helder behandeltraject, helderheid over de kosten en goede, vergelijkbare medische informatie verhogen de kwaliteit van de gezondheidszorg.
Ik wil de Minister hierover vier vragen stellen. Hoe waarborgt de Minister dat we bij het vergelijken van de 30 meest relevante aandoeningen uitgaan van dezelfde kwaliteitsstandaard als bij het bepalen van de kwaliteitscriteria? Op welke wijze kunnen de reeds genomen initiatieven rond samen beslissen worden uitgediept en concreet gemaakt? Welke rol ziet de Minister voor zichzelf weggelegd om alle betrokkenen in beweging te krijgen? Is het mogelijk om hierover concrete doelen af te spreken?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Een goed punt van de heer De Lange. Juist de CDA-fractie en de VVD-fractie hebben gezegd dat zorgverzekeraars ruimte moeten bieden aan artsen en patiënten om het gesprek aan te kunnen gaan. Daarvoor moet ook ruimte worden gemaakt in de financiering. Dat is de reden waarom wij en de PvdA hebben ingezet op een meekijkconsult. Die consulten worden echter absoluut niet ingekocht. De ruimte die de Tweede Kamer en de Minister aan het veld bieden om echt het gesprek aan te gaan, wordt in de praktijk dus niet ingevuld. Welke mogelijkheid ziet de VVD om zorgverzekeraars zover te krijgen dat zij die ruimte wel gaan bieden aan patiënten en artsen?

De heer **De Lange** (VVD): Een terecht punt. Het is natuurlijk goed dat we op verschillende manieren werken aan hetzelfde doel. Ik zou nog wel graag van de Minister horen of de zorgverleners zelf belemmeringen in hun werk ervaren om dit doel te bereiken. Zo ja, zitten die belemmeringen dan ook bij de zorgverzekeraars? Ik vraag dat ook, omdat mij dat toch wel zou verbazen. Het is immers in het belang van de zorgverzekeraar dat de zorgverleners op een volwassen manier met hun patiënten communiceren en dat de verschillende keuzes helder worden gemaakt. Op die manier kom je immers tot de meest passende zorg. Al met al kan ik me niet voorstellen dat de zorgverzekeraars daar negatief tegenover staan. Het is in mijn ogen dus belangrijk om na te gaan of er belemmeringen zijn.

Mocht dat het geval zijn, dan zullen we moeten bekijken hoe we daarmee omgaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Maar de vraag is welke belemmering er nog is. Artsen en zorgverleners gaven zelf aan dat ze meer tijd nodig hadden om het gesprek met de patiënten aan te gaan. Vervolgens heeft de Kamer ervoor gezorgd dat er financiële ruimte kwam voor die gesprekken, het meekijkconsult. Het enige wat er nu nog ontbreekt, is dat die consulten worden ingekocht. We hebben gezorgd voor een mogelijkheid om de zorg te vernieuwen, maar de zorgverzekeraars gaan er niet mee aan de slag, ook al ligt die verbetering voor het grijpen. Met welke stok zou de VVD willen slaan om ervoor te zorgen dat het nu eindelijk gaat gebeuren?

De heer **De Lange** (VVD): Het vergt volgens mij toch een nadere analyse om te bepalen waarom men deze mogelijkheid laat liggen. Ik ben wel iemand die denkt dat je het snelst een oplossing bereikt door eerst goed te kijken waarom het niet gebeurt. Het is volgens mij ook enorm in het belang van de zorgverzekeraars om deze moderne manier van decision making te stimuleren. Ik hoor graag van de Minister welke belemmeringen er volgens haar nog zijn en uit welke opties wij kunnen kiezen. Laten wij vervolgens aan de hand van dat antwoord bepalen hoe we het willen doen. Hoe dan ook, voor de VVD staat voorop dat er echt stappen worden gezet.
Voorzitter. Ik stap over naar mijn tweede onderwerp. Er is een ontwikkeling gaande die wat fundamenteler van aard is. Uit onderzoek van ZonMw blijkt dat de gezondheidszorg een blinde vlek heeft voor de verschillen tussen mannen en vrouwen. Mannen en vrouwen zijn gelijkwaardig, maar niet hetzelfde. Ze kunnen daardoor anders reageren op dezelfde behandeling. Medicijnonderzoek vindt voornamelijk plaats bij mannen tussen de 18 en 35 jaar. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen 60% meer kans hebben op bijwerkingen van geneesmiddelen dan mannen. Ook liggen de totale ziektekosten voor vrouwen op 9,2 miljard en dat is zo'n 23% meer dan voor mannen. Daardoor ontstaan hogere zorgkosten en is er minder efficiency in de zorg. Dit geeft te denken en ik moet eerlijk zeggen dat ik, toen ik hier voor het eerst mee werd geconfronteerd, dacht: hoe kan het toch dat dit onderwerp nu pas aandacht krijgt? We weten immers al heel lang dat er een verschil is tussen mannen en vrouwen. Als we eigenlijk zo weinig weten over de verschillen in medische effecten tussen mannen en vrouwen, hoe is het dan gesteld met de verschillen tussen jong en oud of, meer specifiek, tussen jong en echt oud? Hoe kijkt de Minister hiertegen aan en wat betekent het voor de Kwaliteitsagenda Farmacie? Ik vraag dat nadrukkelijk, want het is echt een relevant punt. De VVD vindt al met al dat er meer aandacht moet komen voor mogelijkheden om via onderzoek, ontwikkeling en implementatie te komen tot genderspecifiekere gezondheidszorg. Ik hoor graag van de Minister hoe zij onderzoek naar het benutten van de bestaande innovatiekennis en het vergaren van nieuwe kennis in de Kennisagenda Gender en Gezondheid, die recentelijk is aangeboden, concreet denkt te maken. Welke maatregelen gaat zij nemen om dit te stimuleren?
De basale vraag is op welke wijze alle beschikbare informatie zo kan worden veredeld dat de patiënt in staat wordt gesteld een weloverwogen keuze te maken. Wat de VVD betreft is dat een heel gezonde keuze.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Op de agenda van dit algemeen overleg staan 28 stukken, waaronder stukken uit 2011! Uit de bestudering van al deze stukken blijkt dat de aandacht voor veiligheid en kwaliteit van zorg zijn vruchten heeft afgeworpen. En voor de PvdA erg belangrijk: de positie van de patiënt is prominent op de agenda komen te staan. Om hem draait de zorg tenslotte. Kwaliteit van zorg wordt mede bepaald door het gesprek en de gedeelde besluitvorming tussen patiënt

en arts. De kwaliteit van het gesprek bepaalt dus ook de kwaliteit van de zorg. Geen uitzicht op kwaliteit zonder inzicht in de gevoelens en wensen van mensen. Het rapport van het Rathenau Instituut en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) bevestigt dat het betrekken van de patiënt bij zijn eigen zorg de kwaliteit vergroot en bijdraagt aan de emancipatie van de patiënt en ook nog eens overbehandeling tegengaat.
Als iedereen het er dan over eens is dat patiëntenparticipatie zo belangrijk is, waarom staat het dan nog steeds in de kinderschoenen? Er zijn goede ontwikkelingen en er zijn mooie projecten, bijvoorbeeld het project Samen beslissen in de spreekkamer van de NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) en de medisch specialisten, maar de kern van het probleem is dat het een project is en geen werkwijze. Door het veld worden er belemmeringen genoemd waardoor de patiëntenparticipatie nog steeds in de kinderschoenen staat. Ik noem er vier en ik hoop op een reactie van de Minister. Eigenlijk hoop ik natuurlijk gewoon dat de Minister die belemmeringen wegneemt.

1. De instrumenten voor gezamenlijk beslissen – het kijk- en luistergeld, de time-out, de pilot voor de knip tussen diagnose en behandeling – zijn er, maar ze worden aantoonbaar te weinig ingekocht door zorgverzekeraars. Artsen zeggen het ook: ik wil beter spreken met mijn patiënten, ik heb innovatieve manieren om hen te informeren, maar ik kan het niet doen, omdat de zorgverzekeraar het niet inkoopt. Daaruit blijkt dat de zorgverzekeraar bepaalt hoe de dokter werkt.
2. De bekostiging is gericht op de behandeling en de verrichting, maar niet op het gesprek. Sterker nog, er is een tegenwerkende prikkel. Het bespreken wordt niet vergoed, maar als je meteen opereert, staat er een bak met geld klaar. Er is dus ruimte nodig om op kwaliteit te belonen.
3. Niet alle artsen zijn bekend met de werkwijze van gezamenlijk besluiten en ook gebruiken ze niet allemaal de keuzehulp om tot gezamenlijke besluitvorming te komen. Dat is een kwestie van houding en cultuurverandering; de Minister wees er al op in haar brief.
4. De waardevolle ervaringen van de patiënten worden onvoldoende meegenomen om de zorg blijvend te verbeteren. Dat is een opmerking van het Rathenau Instituut, maar zelfs Zorgverzekeraars Nederland sluit zich hierbij aan.

Wat de Partij van de Arbeid betreft is het tijd voor een patiëntenparticipatieplan, waarin wordt vastgelegd hoe veldpartijen samenwerken aan het meetbaar vergroten van de patiëntenparticipatie. Daarin moet ook worden meegenomen hoe de prikkels in het stelsel stimulerend kunnen werken in plaats van tegenwerkend en hoe goede initiatieven en projecten omgezet kunnen worden in een werkwijze. Wij zouden daarbij graag zien dat de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) dit proces volgt en daarover rapporteert. Ik zou zeggen: zet er een patiëntenthermometer in, zodat wij elk jaar kunnen zien hoe het zich ontwikkelt en of het beter wordt. Het zou volgens ons ook prima passen in de Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch specialistische zorg (verder: kwaliteits- en doelmatigheidsagenda), die een uitvloeisel is van het hoofdlijnenakkoord zorg. Op deze manier vergroten we de kwaliteit, de tevredenheid van de arts en dwingen we de zorgverzekeraar om beter te luisteren naar de patiënt en de arts. En dat is iets waar iedereen volgens mij voor is.
Ik zie dat ik nog heel weinig tijd heb. Daarom zal ik maar twee van de drie korte punten noemen die ik van plan was tot slot te behandelen. De Minister heeft gereageerd op het rapport van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG). Het is een mooi doel, maar het gaat niet heel snel. De vraag is dan ook welk tijdpad de Minister voor zich ziet en op welke manier zij hieraan sturing kan geven. Mijn tweede punt is de Kennisagenda Gender en Gezondheid. De Minister heeft er mooie

woorden over gesproken en dat roept de vraag op, op welke manier zij met het plan aan de slag gaat.

De heer **Van Gerven** (SP): De Minister heeft haar standpunt bepaald over de overname van het diabetescentrum Diabeter door de hulpmiddelenfabrikant Medtronic. De Minister is in principe een tegenstander van overname en beheer van medische centra door zorgverzekeraars, maar zij is er in dit geval niet op tegen dat een hulpmiddelenfabrikant Diabeter overneemt. Hoe duidt de Partij van de Arbeid dit? Hoe verhoudt een dergelijke overname zich volgens de PvdA tot elementen als kwaliteit en efficiency en het nuttig gebruik van middelen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik dacht dat u om een reactie zou vragen op het artikel dat u hebt laten ronddelen, maar dat heb ik nog niet gelezen. U stelt een interessante vraag. Ik hoorde deze week van huisartsen dat de zorgverzekeraars massaal hebben besloten om een ander prikapparaatje in te kopen voor het bepalen van het suikergehalte. Ze hadden namelijk de rekensom gemaakt dat ze zo heel veel geld zouden kunnen besparen. Die huisartsen zeiden mij echter dat ze heel veel problemen hadden met patiënten die niet snapten hoe dit nieuwe apparaat werkt. Soms stopten ze met bloed prikken en belandden ze daardoor zelfs in het ziekenhuis, allemaal ellende. Ik vroeg die huisartsen of hierover met hen was overlegd. Heel veel kwetsbare mensen moeten met dat nieuwe apparaat werken en het ligt dan voor de hand dat je daarover in goed overleg afspraken maakt. Dat was niet gebeurd! Ik ben dan ook een groot voorstander van communicatie: praat en overleg over mogelijke gevolgen en kom er samen uit. Dan heb je goede zorg die ook nog eens zinnig en zuinig kan zijn. Dat vind ik het allerbelangrijkste.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik krijg geen antwoord op mijn vraag. Ik vroeg namelijk of het gewenst is dat hulpmiddelenfabrikanten medische bedrijven overnemen waaraan zij ook materiaal leveren. Straks worden natuurlijk de hulpmiddelen van Medtronics ingezet op die centra. Is die financiële dominantie wel wenselijk voor de kwaliteit van de zorg enerzijds en voor de efficiency anderzijds? Als Medtronics meer van zijn hulpmiddelen kan leveren, hoe beter zijn verdienmodel is. Moet de politiek hier niet stelling tegen nemen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik begrijp uw zorgen. Overigens excuus dat ik in eerste instantie niet inging op uw vraag. Wij zijn voor een kwaliteitsmodel en niet voor een financieringsmodel. Gezien wat er allemaal in de hulpmiddelenbranche gebeurt, zijn wij daar terecht heel kritisch op. Als je ziet hoeveel geld er in de hulpmiddelenbranche omgaat en hoe ontiegelijk grote winsten daar worden gemaakt – dat geldt ook voor de geneesmiddelenfabrikanten – en als je ziet hoe de regelgeving voor geneesmiddelen en hulpmiddelen zich verhoudt tot de regelgeving voor artsen, kun je niet anders dan concluderen dat het uit balans is. We moeten daar dan ook goed naar kijken. Ik deel dus uw zorg, maar ik denk wel dat we het breder moet trekken dan alleen maar de vraag «mag een fabrikant daar wel de baas zijn?» We moeten daar veel meer aan gaan doen en het lijkt mij dan ook een goed idee om hier eens nader onderzoek naar te doen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. De kwaliteit van de zorg staat en valt met goede zorgverleners, tijd om zorg aan mensen te kunnen geven en ruimte voor maatwerk. Dat het onderwerp belangrijk is, blijkt wel uit het feit dat er vandaag 28 lijvige documenten op de agenda staan.
De zorg is op dit moment eigenlijk te veel gericht op controle en toezicht. Het CDA vindt dat het vertrouwen in de zorgverlener ondergesneeuwd is geraakt. Nederland kent de best opgeleide zorgverleners van heel Europa

en de kwaliteit staat en valt met goede artsen en verpleegkundigen die maatwerk voor mensen kunnen leveren. Het CDA wil meer ruimte geven aan de professional, bijvoorbeeld bij het voorschrijven van hulpmiddelen door verpleegkundigen. De Minister wil verbetering van de zorg in combinatie met duurzame betaalbaarheid. Bij hulpmiddelen als stomamateriaal, glucosemeters en incontinentiemateriaal gebeurt dat in de praktijk echter niet. Daar is echt een prijzenslag aan de gang. Verpleegkundigen zouden bijvoorbeeld een bindend advies aan de zorgverzekeraars moeten kunnen geven als een bepaald hulpmiddel medisch noodzakelijk is. De deskundigheid van de verpleegkundige moet in zo'n geval gevolgd worden. Neemt de Minister dit voorstel van het CDA over?
Mijn volgende punt rond maatwerk is ook al door meerdere collega's genoemd, het belang dat er ruimte is voor gedeelde besluitvorming in de spreekkamer. Het gaat dan om het meekijkconsult, het kijk- en luistergeld en de time-out. Op papier is het geregeld, maar in de praktijk gebeurt het niet. Wat kan de Minister doen om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars deze vernieuwing, deze innovatie daadwerkelijk inkopen?
Verpleegkundigen, artsen en huisartsen raken bedolven onder de regels. Vaak gebeurt dit uit naam van de kwaliteit. In de praktijk is het vooral een papieren demotiverende exercitie; iedereen wordt er sip van. Veel administratieve lasten zijn een gevolg van de parallelle uitvraag van kwaliteitsinformatie. De regelwaakhond van het kabinet, Actal, adviseert de Minister, te komen tot één set vragen. Dat is een logische stap. Daarnaast adviseert Actal dat het Zorginstituut een concrete en meetbare doelstelling voor de reductie van de administratieve lasten formuleert. Het CDA vindt dit een goed idee. Ik hoorde de SP er ook al over en ik hoor daarom heel graag een reactie van de Minister.

De heer **Van Gerven** (SP): Dit is natuurlijk een prikkelende stellingname van het CDA. De SP-fractie deelt die. Ik wil het nog wel wat scherper proberen te krijgen. De zorgverzekeraars willen van alles registreren en noteren. Dat gaat van kwaad tot erger. Tegelijkertijd zien we de frustratie bij de hulpverleners toenemen. Die worden er hartstikke gek van, want de ene wil dit en de andere wil dat.

De **voorzitter**: Wat is uw vraag?

De heer **Van Gerven** (SP): Moet het nu de uitkomst zijn van deze constatering dat we wat we uitvragen als kwaliteitsinstrument, weghalen bij de zorgverzekeraars en beleggen bij het Zorginstituut? Als we het instituut dat laten vaststellen, hebben we uniforme normen om ons aan te houden en kunnen we een einde maken aan die almaar groeiende berg vragen en registraties.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Vorige week hebben we het debat gehad over de evaluatie van het Zorginstituut. De heer Van Gerven is heel druk met de Fyra en daarom was hij daarbij niet aanwezig. Hij weet daardoor wellicht niet dat de Minister toen heeft toegezegd dat het Zorginstituut samen met de zorgverzekeraars en de zorgverleners in overleg gaat om tot één set kwaliteitseisen te komen. Zij zal de Kamer daarover rapporteren. Dat is een goede eerste stap van de Minister, maar ik wil ook dat er een concrete meetbare doelstelling wordt geformuleerd voor de vermindering van de administratieve lastendruk.

De heer **Van Gerven** (SP): Betekent dat dan dat het primaat voor het uitvragen van criteria, als dat al zinnig is, bij het Zorginstituut komt te liggen in plaats van bij de zorgverzekeraars?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Wat kwaliteit is, wordt allereerst bepaald door de beroepsgroep, de wetenschappelijke verenigingen. Daarbij kan

het Zorginstituut een rol spelen, maar wat kwaliteit is, wordt niet bepaald door de zorgverzekeraars. Wat het CDA betreft kopen die alleen op kwaliteit in.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik schrok even toen mevrouw Bruins Slot zei dat de kwaliteit wordt bepaald door de beroepsgroep, maar misschien begreep ik haar verkeerd. Vroeger was dat inderdaad zo. Vroeger zeiden we: de dokter weet wat goed voor u is. De dokter weet heel veel, maar we weten inmiddels ook dat de kwaliteit en de uitkomst van een behandeling samenhangen met de beleving van de patiënt. Mevrouw Bruins Slot weet wat ik bedoel en daarom zal ik geen voorbeelden noemen. Wat is dan de rol van de patiënt bij de beoordeling van de kwaliteit?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Fijn dat ik extra spreektijd krijg van mevrouw Bouwmeester.
Natuurlijk moet de beroepsgroep dat in samenspraak met de patiënt doen. Patiënten kunnen op een aantal terreinen echt een heel goede bijdrage leveren aan de verbetering van de kwaliteit, omdat zij vaak heel erg betrokken zijn bij hun aandoening. Een goed voorbeeld daarvan zijn de chronische aandoeningen. Samenspraak met de patiënt heeft inderdaad meerwaarde. We hebben dan ook een goede ontwikkeling doorgemaakt de afgelopen vijftien jaar, maar dat laat onverlet dat we hier zeker nog stappen kunnen zetten. Ik ben het op dit punt dus eens met mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is altijd goed om te horen dat we het eens zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ook in de politiek zijn mensen het soms met elkaar eens. Laat ik dan ook gelijk maar zeggen dat iedereen vindt dat we kwalitatief goede zorg hebben in Nederland en dat we daar ook echt trots op mogen zijn.
Voorzitter. Voor zorgverzekeraars betekent het dat zorginkoop niet puur op kwaliteitsindicatoren alleen mag plaatsvinden. Het gaat juist ook om het gesprek over de vraag wat goede zorg is tussen de zorginkoper/ zorgverzekeraar enerzijds en het ziekenhuis/ de beroepsgroep anderzijds. Het gaat er dus niet alleen om dat je optimaal scoort op kwaliteitsnormen, want dan ben je alleen maar bezig met de vinkjescultuur.
Het CDA hoort geluiden dat de zorgverzekeraars in verband met de zorginkoop voor 2016 vragen om normen die afwijken van de richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen. Deze richtlijnen zijn vaak samen met patiënten geformuleerd. Het CDA heeft het al eerder gezegd en ik herhaalde het zojuist nog eens in een interruptie: de zorgverzekeraars bepalen niet wat kwaliteit van zorg is, ze moeten erop inkopen. De artsen bepalen samen met de patiënten wat kwalitatief goede zorg is. Wat gaat de Minister hiermee doen?
Afgelopen jaren is er steeds meer medische technologie op de werkvloer in ziekenhuizen te vinden. Het is echt bijzonder om te zien wat er allemaal kan en wat er allemaal gebeurt. Een gemiddeld ziekenhuis – zo vertelde iemand mij laatst – heeft zo'n 5.000 tot 6.000 apparaten in huis. Maar als die apparaten niet goed werken, kan dat grote gevolgen hebben, bijvoorbeeld voor een patiënt die op de operatietafel ligt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) concludeert ook dat medische technologie echt onvoldoende aandacht in ziekenhuizen krijgt. Er is een set met papieren afspraken en een convenant, maar in de praktijk is het gewoon nauwelijks opgepakt, met alle gevaren van dien voor de patiëntveiligheid. Er staan wat oudere stukken op de agenda, sommige uit 2011, en daaruit blijkt dat al in dat jaar de eerste alarmbellen rinkelden. In 2012 kwam de Minister met een vervolgbrief en in 2014 met de reactie: we trekken eraan,

we proberen er beweging in te krijgen, maar het gaat zo moeizaam. Dit is toch zeker een kwestie van gezond verstand! Wat gaat de Minister doen om het belang van medische technologie tussen de oren van de bestuurders te krijgen?
Tot slot sluit ik mij aan bij de vragen van de VVD en de PvdA over de verschillen tussen man en vrouw in de zorg.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. We spreken vandaag over kwaliteitszorg en dan gaat het natuurlijk eigenlijk om de patiënt. Kwaliteit is immers meer dan uitkomstindicatoren en kwaliteitsstandaarden. Kwaliteit gaat over hoe mensen worden bejegend en hoe ze worden meegenomen in de besluitvorming rond hun behandeling. Als dat goed wordt gedaan, ontstaat er vertrouwen tussen patiënt en zorgverlener.
Een jaar geleden heeft de Minister toegezegd dat ze de gesprekken over de participerende patiënt gaat volgen. Ze deed die toezegging naar aanleiding van het rapport van het Rathenau Instituut «Sterke verhalen uit het ziekenhuis». Ik zou graag van de Minister horen wat die gesprekken hebben opgeleverd.
Kwaliteit van zorg gaat ook over maatwerk. Vrouwen en mannen hebben passende zorg nodig. Een vrouwenlichaam is anders dan een mannenlichaam. Momenteel komen er bij vrouwen 60% meer bijwerkingen voor en uit onderzoek blijkt dat artsen onvoldoende specifieke kennis van het vrouwenlichaam hebben. Dat gaat ten koste van de kwaliteit van zorg. Het is goed dat WOMEN Inc het idee van de Alliantie Gender en Gezondheid heeft aangekaart. Ook D66 vindt het verder belangrijk dat er een meerjarenagenda komt om die gendersensitieve gezondheidszorg te realiseren. Wij willen passende zorg, waarbij de patiënt centraal staat. De Minister heeft al toegezegd dat ze hiervoor middelen beschikbaar zal stellen. Welke periode betreft dat en hoe wil zij de meerjarenagenda vormgeven?
Samenwerking tussen diverse zorgverleners is de sleutel tot succes. Complexe vraagstukken als kanker en ernstige vormen van anorexia nervosa vragen om intensieve samenwerking van de ziekenhuizen met de ggz. Juist omdat die ziekten vaak niet alleen maar lichamelijk zijn, maar ook voor een heel belangrijk deel een psychische component hebben. Ik hoor graag van de Minister hoe zij deze samenwerking zal bevorderen.
Anderen hebben het al gememoreerd, maar ook voor D66 geldt: de zorg moet over de zorg gaan en niet over papieren, regeltjes en stempels. De administratieve lastendruk onder meer als gevolg van het uitvragen van kwaliteitsinformatie moet ook wat ons betreft waar dat kan – ik zeg dat er nadrukkelijk bij – omlaag. Actal adviseerde kortgeleden nog dat het Zorginstituut concrete en meetbare doelstellingen moet krijgen om een reductie van de administratieve lasten te realiseren. Ik hoor graag van de Minister hoe zij die reductie vorm gaat geven.
Om het nut van kwaliteitsregistraties kunnen we niet langer heen, zoals op het DICA-congres bleek (Dutch Institute for Clinical Auditing). Het leidt tot minder sterfgevallen, minder hersteloperaties en doelmatigheidswinst bij de onderzochte darm- en maagkankerpatiënten. De Minister wil standaardisatie en kennisverspreiding bevorderen. Daarbij maken uniforme regelingen registratie makkelijker en toegankelijker. De bestaande registraties worden echter nog lang niet altijd efficiënt ingezet. Hoe denkt de Minister de standaardisatie zo vorm te geven dat we meer best practices krijgen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Volgens mij heeft mevrouw Dijkstra een goed punt te pakken. Registraties kunnen inderdaad een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg. We moeten er tegelijkertijd wel voor waken dat er extra administratieve lasten uit voortkomen. Zij spreekt over best practices. Bedoelt zij dan de kankerregistratie van het Nederlands Kanker Instituut? Hoe ziet zij de verbreding daarvan in de praktijk voor zich?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Wat mij betreft gaat het inderdaad om de zogenoemde DICA-registraties, want die leveren echt heel veel op. Deze standaardisering kan ook op heel veel andere behandelingen worden toegepast. In de praktijk moet dat natuurlijk verspreid worden en daarom vraag ik de Minister hoe zij dat voor zich ziet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is me nog niet geheel duidelijk. Is het de bedoeling dat elke aandoening apart wordt geregistreerd? Ik hoop niet dat ze dat bedoelt. Of wil zij ervoor zorgen dat er op één plek een bak met informatie komt te staan? Zo ja, dan moet dat wel heel zorgvuldig vorm worden gegeven om ervoor te zorgen dat het tot meer kennis leidt, ook voor de patiënt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Wat voor maag- en darmkanker geldt, geldt ook voor andere oncologische groepen. Er zijn natuurlijk heel veel overeenkomsten, maar als je een ander soort behandelingen hebt, zul je de registraties natuurlijk ook op een andere manier vorm moeten geven. Ik stel me wel voor dat je het op die manier organiseert en niet voor elke aandoening apart.

De heer **De Lange** (VVD): Mevrouw Dijkstra schenkt terecht aandacht aan de DICA-registratie. Uit de interrupties begrijp ik dat er vooral discussie is over de vorm waarin we het zouden moeten gieten. Die DICA-registratie komt natuurlijk wel uit de beroepsgroep zelf. Men heeft dat gedaan om de kwaliteit te verbeteren. DICA is eigenaar van de informatie. Ik heb me zelf ook laten informeren op dat congres en daarbij raakte ik erg onder de indruk van de manier waarop dat gaat. Ik vind het wel opvallend dat we nu registratie noemen als een middel om de kwaliteit te verbeteren. Als we namelijk spreken over iets wat geen kwaliteit toevoegt, spreken we over administratieve lasten.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik vind dat een heel interessante observatie die ik wel deel. Toen ik over het onderzoek en de aanbevelingen van Actal sprak, zei ik dan ook niet voor niets dat we heel goed moeten kijken waar we de regeldruk kunnen verminderen, zonder dat we tekortdoen aan het belang van uitvragen voor het kwaliteitsbeleid. We weten allemaal dat er heel veel wordt uitgevraagd en dat sommige zaken zelfs dubbel worden uitgevraagd. Het mooie van de DICA-registratie van maag- en darmkanker is dat er heel specifieke en heel relevante vragen worden gesteld. En daar gaat het natuurlijk om. Je moet geen zaken uitvragen, waar je uiteindelijk weinig tot niets mee kunt. Dat leidt alleen maar tot totaal irrelevante informatie. Een voorbeeld uit mijn eigen praktijk komt van de fysiotherapeut van wie ik onlangs een tijdje gebruikmaakte. Ik hoorde van hem dat er heel veel zaken worden uitgevraagd die helemaal niets te maken hebben met de gegeven behandelingen. Je moet je dan echt afvragen waar dat allemaal goed voor is. Dat is waar ik vooral naar wil kijken. Bij de regeldruk, ook die bij huisartsen, moet je altijd nagaan wat echt relevant is voor een bepaalde behandeling.
Voorzitter. Via die registraties kom ik bij de zorgevaluaties. Hierover praten we ook al weer een paar jaar. Het is natuurlijk voor iedereen belangrijk om een beeld te hebben van wat wel of niet werkt. Ik begrijp echter dat ook hier de zorgverzekeraars terughoudend zijn om hun deel van de financiën te leveren. De Minister geeft aan dat die voor een deel bij de private partijen vandaan moet komen. Die houding van de zorgverzekeraars verbaast mij, want het is natuurlijk heel erg in hun belang om te weten welke behandelingen wel en welke niet werken.
Kort na het verschijnen van de brief «kwaliteit loont» hebben wij gesproken over de transparantie van de inkoop door zorgverzekeraars. Ook daar is nog een wereld te winnen. Het wringt echt nog te veel. Welke rol ziet de Minister voor zichzelf weggelegd in deze discussie?

Tot slot maak ik een opmerking over de landelijke kwaliteitsagenda. Ik heb al eerder gevraagd om een landelijke kennis- en innovatieagenda voor de zorg. Ik hoor graag van de Minister wat hier de stand van zaken is.

De **voorzitter**: Daarmee zijn we gekomen aan het einde van de eerst termijn van de zijde van de Kamer. Ik schors de vergadering tien minuten, zodat de Minister zich kan voorbereiden op haar beantwoording.

De vergadering wordt geschorst van 14.43 uur tot 14.53 uur.

Minister **Schippers**: Voorzitter. De kwaliteit van de zorg ligt in Nederland op een heel hoog niveau. Er is enorm geïnvesteerd in kwaliteitsregistraties. Een aantal leden heeft DICA al genoemd. DICA verzorgt inmiddels 20 succesvolle kwaliteitsregistraties. Zo is de sterfte onder darmkankerpatiënten gedaald van 5,2% in 2009 naar 2,3% in 2014 en dat betekent dat er jaarlijks 200 patiënten minder overlijden na zo'n risicovolle darmkankeroperatie. Dat is niet niks. Door wetenschappelijke verenigingen wordt op grote schaal onderzoek gedaan naar de kwaliteit en doelmatigheid van behandelingen. De aanbevelingen uit die onderzoeken worden gepresenteerd in zogeheten verstandige keuzes. Afgelopen week heb ik nog een wetenschapsagenda van de klinisch geriaters in ontvangst mogen nemen, waarin zij voorstellen doen voor onderzoek dat laat zien dat ze niet bang zijn om in eigen vlees te snijden. Gezamenlijke besluitvorming neemt een hoge vlucht. Nu de Federatie Medisch Specialisten en de NPCF hun handen ineen hebben geslagen met de campagne «3 goede vragen», zal deze ontwikkeling zich nog verder doorzetten. Ook de time-out is een veelbelovende ontwikkeling. Deze wordt nu als pilot ingekocht door Achmea en als die gunstig uitpakt, zal de time-out volgend jaar veel massaler worden ingekocht. Daarbij werken ze samen met het programma Aanpak verspilling in de zorg.
Maar ook heb ik mooie voorbeelden gezien op mijn werkbezoek in ziekenhuis De Tjongerschans in Flevoland van programma's voor meebeslissen. In zo'n programma heeft de patiënt eerst een gesprek met zijn arts over de diagnose en dat betekent dat de patiënt niet meteen al een behandeling voorgeschoteld krijgt. Hij krijgt een link mee naar een website waarin je valt in het vakje waarin jouw beslissing op dat moment zit. Op die site staan filmpjes voor laaggeletterden waarin zij uitgelegd krijgen waar ze staan en wat de consequenties zijn van de keuze voor de ene of de andere behandeling. Daarna beslist de patiënt samen met de arts in een nieuw gesprek over het vervolg van de behandeling. Dat is echt een heel mooie ontwikkeling.

De **voorzitter**: Dit roept een vraag op bij mevrouw Bouwmeester. Voordat ik haar het woord geef, spreek ik met de leden af dat we ons in deze termijn beperken tot twee interrupties.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben het met de Minister eens dat het heel mooie ontwikkelingen zijn. Helaas zijn het ontwikkelingen en is het nog geen vaste werkwijze. Zo zijn er ziekenhuizen die mee willen doen, maar die van de zorgverzekeraar te horen krijgen: dat doen we niet. Het bloeit dus zeker nog niet massaal op. De zorgverzekeraars bepalen gewoon of het wel of niet mag. Straks is het ook aan de zorgverzekeraar om te bepalen of hij het wel of niet inkoopt. Deze mogelijkheid is zo belangrijk voor de kwaliteit van de zorg aan patiënten dat het de vraag is of de beslissing daarover wel bij de zorgverzekeraar hoort te liggen. Zo ja, vindt de Minister dan ook dat de politiek hierin een stem zou moeten hebben en dat hierover dus beslist moet worden analoog aan de wijze waarop wij het pakket samenstellen?

Minister **Schippers**: Je moet niet naar de verzekeraars kijken, maar naar de artsen. Het is namelijk cruciaal dat zij het in hun richtlijnen opnemen. Een aantal artsen heeft dat al gedaan en toevallig heb ik vanavond een brainstormsessie over de vraag of hier een richtlijn voor zou moeten worden gemaakt. Daar is ook de vereniging van die artsen voor uitgenodigd. Als het een richtlijn wordt, gaan de zorgverzekeraars het inkopen. In de zorg is vaak «not invented here» een probleem, zeker omdat er al ongelooflijk veel gebeurt op dit terrein. Het is dan ook, gezien wat er de afgelopen jaren is gebeurd, een echte omwenteling dat de Federatie Medisch Specialisten het echt heeft opgepakt en er echt mee aan de slag is gegaan. Er is dus al ongelooflijk veel in beweging.
Ik ben het verder met mevrouw Bouwmeester eens dat we niet op het zoveelste projectje maar op een omslag zitten te wachten. Die omslag komt er alleen maar als artsen, zoals bij het programma dat ik noemde, een programma opzetten en de vereniging vervolgens zegt: we maken hier een richtlijn van. Daarna wordt het zo door de verzekeraars ingekocht. Doordat artsen er nu zo veel meer aandacht voor hebben en doordat het in programma's wordt geregeld, is dat hele traject nu eindelijk in gang gezet.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ondanks alle goede intenties zijn we afhankelijk van de goodwill van de zorgverzekeraars. Dat is een probleem, want die kunnen het, kort door de bocht gezegd, maken of breken. Maar we zijn niet alleen afhankelijk van de zorgverzekeraars, maar even zo goed ook van de beroepsgroep. Er zijn natuurlijk goedwillende artsen. Ik moet hem niet iedere keer noemen, maar de KNO-arts Oei is heel goed bezig. Als iemand bij hem komt voor buisjes, biedt hij een gesprek aan en geeft hij een filmpje mee naar huis. Daardoor is het mogelijk dat een patiënt in het tweede gesprek afziet van een operatie. Dat tweede gesprek kan hij echter niet declareren! Als hij geld wil hebben, moet hij opereren en dat laat wel zien dat er te veel perverse prikkels zijn. Hij loopt overal vast: bij de zorgverzekeraar, bij de artsen en in zijn eigen ziekenhuis. Ik vind het heel knap dat zo'n arts doorzet.

Minister **Schippers**: Hij is er vanavond ook bij.
Het gaat erom dat de beroepsgroep de mening deelt dat het van belang is dat het moet worden toegepast. Het eerste probleem van dokter Oei is het «not invented here» van andere ziekenhuizen en op dat moment is de verzekeraar nog helemaal niet in beeld. Als een beroepsgroep in zijn richtlijn opneemt dat men op die manier gaat werken en als het ingeschreven is bij het Kwaliteitsinstituut, geldt onze afspraak met de zorgverzekeraars dat ze het moeten inkopen. Het begint er dus mee dat die werkwijze door de beroepsgroep wordt overgenomen. De vraag die daarbij centraal staat, is: hoe doe je dat? Eerst lag het probleem nog een beetje buiten de beroepsgroep en daarom is het goed dat je nu ziet dat de Federatie Medisch Specialisten en de NPCF het oppakken in de Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch specialistische zorg. Daardoor zie je opeens heel veel goede ontwikkelingen en heel veel progressie.
Ik kom straks nog terug op de vragen van mevrouw Bouwmeester, maar ik durf nu al te zeggen dat wij op dit moment grote stappen zetten.
Voorzitter. Ook op het terrein van patiëntveiligheid zijn veel stappen gezet. In de ziekenhuizen is gevolg gegeven aan het brede VMS Veiligheidsprogramma. Dat programma heeft op dit moment drie speerpunten: veilige toepassing van medische technologie, infectiepreventie en antibioticaresistentie en medicatieveiligheid. Het toezicht van de inspectie is gericht op deze speerpunten; ik merk dat op naar aanleiding van de opmerking van mevrouw Bruins Slot hierover. Ook in vier andere sectoren, zelfstandige klinieken, eerste lijn, ggz en ambulancezorg, zijn de landelijke patiëntveiligheidsprogramma's met succes afgerond.

Overigens is dit alles geen reden om achterover te leunen. Er is veel ruimte voor kwaliteitsverbetering. Transparantie over de kwaliteit van zorg is voor mij topprioriteit. Dat is de reden waarom 2015 door mij is uitgeroepen tot het Jaar van de transparantie. Het Kwaliteitsinstituut heeft de regie en pakt de handschoen voortvarend op. Uitdaging daarbij is dat het behapbaar blijft voor de zorgverleners. Meer transparantie mag niet leiden tot meer registratielast. Daarom is het van belang dat patiëntenorganisaties, verzekeraars en aanbieders de handen ineen slaan. Dat gebeurt gelukkig ook. Doordat ze bijvoorbeeld tripartiet afgestemde indicatorensets in laten schrijven bij het Kwaliteitsinstituut, hoeven zorgverleners niet bij iedere partij weer net even andere data aan te leveren.
De samenwerking gaat wat mij betreft straks nog verder. Waar in het verleden ieder met zijn eigen initiatieven bezig was, proberen we nu focus aan te brengen in een gezamenlijke kwaliteits- en doelmatigheidsagenda. Dat betekent dat we sommige zaken op een laag pitje zetten om in de zaken die echt aandacht behoeven, bijvoorbeeld de doorlichting van de 30 aandoeningen, het verschil te kunnen maken. Wanneer we de benodigde transparantieslag hebben gemaakt, wil ik dat het een prominentere rol gaat spelen bij de bekostiging, niet door de bekostiging op de schop te nemen – daar wordt niemand beter van – maar door een geleidelijke doorontwikkeling. Zo zal deregulering van de Wmg (Wet marktordening gezondheidszorg) ertoe bijdragen dat verzekeraars en aanbieders meer ruimte krijgen om specifieke afspraken op maat te maken over de beloning van de uitkomsten van zorg. Over de uitkomstbekostiging heb ik de Kamer gisteren per brief geïnformeerd.
Er zijn de komende jaren grote uitdagingen. Gezien de energie en de overtuiging van de betrokken partijen verwacht ik dat Nederland koploper kan blijven in de kwaliteit van zorg ten behoeve van onze eigen patiënten.
De heer Van Gerven heeft drie voorwaarden genoemd voor de kwaliteit van zorg: geen financieel belang, de artseneed en de variant daarop voor andere beroepsgroepen, en voldoende tijd voor de patiënt. Er wordt inderdaad op DOT (DBC's Op weg naar Transparantie) afgerekend, maar DOT-afrekenen is natuurlijk wel iets anders dan dbc-afrekenen. Dbc-afrekenen was een systeem dat je zelf kon invullen. Je kon zelf sturen hoe je financiële afrekening er uiteindelijk ging uitzien. We hebben nu DOT en in dat systeem werken we met een onafhankelijke grouper die achteraf bepaalt wat er wordt betaald. Een arts geeft in DOT dus op wat hij of zij doet. We zitten nu in de doorontwikkelingsfase op weg naar uitkomstbekostiging, maar in de brief die ik gisteren naar de Kamer heb gestuurd, heeft de heer Van Gerven kunnen lezen dat dit nog wel enige tijd in beslag zal nemen. Dat is helemaal niet erg, want we zitten niet stil: we gaan stapsgewijs op weg naar volledige uitkomstbekostiging.
Als je kijkt naar de manier waarop de contracten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen de afgelopen jaren tot stand zijn gekomen, zie je dat de lumpsumcontracten echt een enorme vlucht hebben genomen. Daar zitten ook grote nadelen aan en dat is de reden waarom ik niet verwacht dat het zo zal doorgaan.
De artseneed blijft overeind staan. Ik wees erop dat het samen beslissen op dit moment sterk in ontwikkeling is en dat betekent dat artsen aan de eed in de toekomst een betere inhoudelijke vertaling kunnen geven. Als een arts samen met zijn patiënt in de spreekkamer zit en er vier behandelingen mogelijk zijn, kan een patiënt bijvoorbeeld een behandeling afwijzen omdat daardoor zijn gehoor achteruitgaat en muziek het allerbelangrijkste in zijn leven is. Zo'n patiënt kan dan kiezen voor een behandeling die misschien meer bijwerkingen heeft of anders uitpakt, maar die wel zijn gehoor spaart. Dat soort specifieke situaties kunnen we niet in regels vangen. Die afwegingen moeten echt in de spreekkamer worden gemaakt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Bij het samen beslissen zie je al heel mooie trajecten, bijvoorbeeld de oncologietrajecten van de Universiteit Utrecht, maar het zijn druppels op een gloeiende plaat. Bij samen beslissen gaat het om de dbc kijk- en luistergeld, de time-out en het meekijkconsult. De Minister zei zojuist dat dit soort ontwikkelingen in de richtlijnen opgenomen moeten zijn, voordat ze breed kunnen worden toegepast. Heb ik dat goed gehoord? Ik vraag dat, omdat we allemaal weten dat we vier, vijf jaar verder zijn voordat al die richtlijnen zijn aangepast. En dat terwijl dit echt iets is wat je met je boerenverstand kunt bedenken. Heb ik echt goed gehoord dat dit allemaal eerst in richtlijnen opgenomen moet worden?

Minister **Schippers**: Nee, ik zie dat in verband met de programma's waarmee dokter Oei werkt. In zijn programma word je heel goed begeleid en krijg je heel goed te horen welke opties je hebt voor je behandelingen. Dat programma is klaar en ieder ziekenhuis zou het zo kunnen toepassen. Ieder ziekenhuis kan dat natuurlijk zelf spontaan doen, maar als dat niet gebeurt, kun je het in de richtlijnen opnemen om het echt ingang te doen vinden.
De time-out is een voorstel van de werkgroep Aanpak verspilling in de zorg om tijd, een time-out, te nemen tussen de diagnose en de behandeling. Achmea heeft daar dit jaar heel veel pilots op ingezet en het wordt daar een onderdeel van de vaste inkoop als die pilots goed uitpakken. Er is dus heel veel in beweging, want op verschillende terreinen lopen experimenten om te bepalen wat het beste werkt. Ik denk echt dat het heel goed is dat het veld nu op dit punt overal in beweging is.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het kijk- en luistergeld moet het mogelijk maken dat een arts de tijd krijgt om met een patiënt het gesprek aan te gaan over de beslissing om wel of niet te behandelen. Ik heb de Minister daarover wel eens in de krant zien zeggen dat zij zelf ook verbaasd is dat zorgverzekeraars daar nog maar mondjesmaat mee aan de slag zijn gegaan. Dat was een heel terechte uitspraak en ik deel die verbazing van de Minister. De vraag is wel wat we aan dit irritante probleem kunnen doen om ervoor te zorgen dat daar beweging in komt.

Minister **Schippers**: Ik heb de afgelopen periode goed gekeken naar wat men op dit terrein allemaal inkoopt. Dat is heel divers. Zo zie je dat verzekeraars ermee bezig zijn. Het is dan ook niet zo dat het helemaal niet wordt ingekocht en dat geldt ook voor het meekijkconsult. Je ziet wel dat men het op heel verschillende manieren doet. Zo heeft men in Maastricht voor een heel eigen toepassing gekozen. Die specialismen worden echt ingekocht en je zult zien dat men in de volgende inkoopronde weer een stap zal zetten als zo'n toepassing succesvol blijkt. Ik ben het dus niet eens met diegenen die over time-out en met name het meekijkconsult zeggen dat die niet worden ingekocht, want dat is niet waar. Ik heb echt zelf heel veel projecten gezien die wel worden ingekocht. Ik heb ook gezien dat dit met enige massaliteit gebeurt. Het is nu de vraag of die massaliteit zich doorzet of dat dit niet gebeurt doordat de evaluaties negatief uitvallen. Dat kan ik nu nog niet overzien.
Het programma van dokter Oei staat niet alleen, want ik heb zelf een vergelijkbaar programma gezien van een gynaecoloog voor bekkenbodemmatjes. Ik verbaas me er dan net als mevrouw Bruins Slot over dat het niet veel breder is ingevoerd. Maar dit zijn natuurlijk wel recentere ontwikkelingen dan het time-outconsult waarover al wel afspraken zijn gemaakt.

De heer **Van Gerven** (SP): Voor de problemen rond de methode van dokter Oei is de DOT-methode geen oplossing. Ook dat is immers een systeem dat gebaseerd is op betaling na een verrichting. Moet het

financieringssysteem niet zo worden ingericht dat er vanuit de professionele behoefte dingen tot stand komen? Ik denk daarbij ook aan zaken als het meekijkconsult. Die worden nu allemaal financieel vertaald en dat betekent dat er weer een verkeerde prikkel bij komt. De prikkel moet namelijk de beroepseer van de arts zijn. De arts moet het noodzakelijk vinden voor zijn professie en niet omdat hij ervoor betaald wordt.

Minister **Schippers**: De DOT-systematiek is inderdaad een afrekensystematiek, maar de afgelopen jaren zijn ziekenhuizen toch ook heel vaak op lumpsum ingekocht. Daarbij wordt gezegd: ziekenhuis, u krijgt één bedrag en ik verwacht dat u daarvan dit, dit en dit doet en dat u extra aandacht besteedt aan de volgende kwaliteitseisen. Je ziet daardoor in de praktijk allerlei varianten ontstaan. Een zorgverzekeraar kan dus wel degelijk andere vormen inkopen. Zo is mij uit gesprekken met hen gebleken dat zorgverzekeraars vaak vooraf spreken met ziekenhuizen over hoe de administratie wordt gevoerd, wat zij belangrijk vinden en welke uitkomsten zij willen zien. Vervolgens krijgt het ziekenhuis een vast bedrag op voorwaarde dat het ziekenhuis die uitkomsten tot tevredenheid van de zorgverzekeraar laat zien. Ondanks de DOT-financiering zie je in de praktijk allerlei verschillende vormen van financiering. Sommige zaken worden achteraf bijgesteld, dan wel omdat het ziekenhuis dan wel omdat de verzekeraar het toch niet zo succesvol vindt. Er gebeurt dus heel veel binnen de DOT-bekostigingssysteem.

De heer **Van Gerven** (SP): Blijkbaar gebeuren een heleboel zaken toch op lumpsumbasis. Is dat niet een aanwijzing dat het DOT-systeem niet perfect werkt en dus allerlei problemen met zich brengt? Dat is natuurlijk meer een constatering dan een vraag. De vraag die ik echt wil stellen, is de vraag of het niet zo moet worden ingericht dat de specialist de ruimte krijgt om een meekijkconsult te doen of om een behandeling na te laten, omdat hij met de patiënt tot een andere keuze is gekomen. Een specialist mag dan niet van de financieel manager van het ziekenhuis op zijn donder krijgen omdat hij geen productie levert.

Minister **Schippers**: In welk kader hij ook werkt, een specialist zal altijd werken in een kader van schaarste. De beschikbare middelen zijn nu eenmaal niet oneindig. Dat is altijd het gegeven.
Zowel de ziekenhuizen als de verzekeraars pleiten voor rust in de bekostiging. Daar hebben ze echt behoefte aan. Ik heb daarop gezegd: dat kan wel zijn, maar wij willen wel meer grip op de financiën en de sturing van de financiën. Wij willen tijdig kunnen bijsturen om te voorkomen dat we twee jaar na afloop nog een keer geld moeten ophalen of terugbetalen. Dat gebeurt nu wel, omdat we pas laat precies weten wat er is uitgegeven. Wij willen dat veel eerder weten en daarom heb ik de verkorting van de DOT ingevoerd. Dat is met veel protest gepaard gegaan, want veel mensen zeiden: wij willen rust, wij willen niet weer een verandering. Omdat we het daardoor niet meer kunnen vergelijken met voorgaande jaren, zijn we gekomen met een conversiesystematiek. En inderdaad, dat is ingewikkeld. Ik vond zelf het argument dat we vat moeten krijgen op de financiën zwaarder wegen dan het argument dat er rust moet komen rond de bekostiging. Als ik de sector ergens mee over de rooie kan jagen is dat de aankondiging dat er een heel nieuw financieringssysteem aankomt. Dat zou echt heel onverstandig zijn. De DOT-systematiek heeft heel veel helderheid gebracht over wat zaken kosten. Die helderheid strekt zich ook uit tot de onderhandelingen met de ziekenhuizen, want door DOT is het veel inzichtelijker wat daar gebeurt. Het heeft dus zeker voordelen. Als de heer Van Gerven zou zeggen «we zijn er nog niet», dan beaam ik dat, want we zijn er nog lang niet. We moeten het stapsgewijs verbeteren en dat kan, want ook in het huidige systeem kan iedereen zaken zelf inkleuren.

Heeft een arts voldoende tijd voor zijn patiënt? Er zijn allerlei mogelijkheden in het leven geroepen om maatwerk te leveren. Je ziet dat dit steeds meer wordt gedaan. Dat de een daar beter mee uit de voeten kan dan de ander, is een feit.
Ik heb een reactie voor me op de blog, maar dat is een reactie van mijn mensen. Ik ga die niet voorlezen, want als ik een reactie geef op een blog, wil ik die wel eerst zelf gelezen hebben en dat heb ik nog niet kunnen doen. Zij hebben het gelezen, terwijl ik opschreef wat er allemaal werd gevraagd. Ik zal het lezen en wellicht kom ik er straks op terug.

De **voorzitter**: Er staat volgende week nog een algemeen overleg met u gepland. Wellicht kunt er voor dat overleg op terugkomen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik stel voor dat de Minister er later op reageert.

Minister **Schippers**: Ik zal de heer Van Gerven er later op de een of andere manier een reactie op doen toekomen. Ik voel me niet gemakkelijk bij het idee te moeten reageren op een stuk dat ik niet gelezen heb, want misschien leg ik het accent net wat anders.
Voorzitter. Onder bureaucratie schaar ik niet per definitie dat een arts formulieren moet invullen. Dat kan namelijk ook heel nuttig zijn. Mensen die denken dat ze iets heel nuttigs opschrijven, ervaren dat ook niet als een zware last. Mensen ervaren iets als een zware last als ze iets op moeten schrijven waarvan ze denken: dit is volstrekte flauwekul. Dan zie je het als een last, als overbodig papierwerk.
Bureaucratie is een veelkoppig monster dat verschrikkelijk moeilijk is uit te roeien.
Over de meetbare doelen voor de werkvloer memoreerde ik al dat mijn voorganger Ab Klink bij het tienjarig bestaan van de Zorgverzekeringswet een stuk heeft voorgelezen over bureaucratie dat tien jaar eerder was geschreven. Dat had gewoon weer in de krant kunnen staan! Het is echt al heel lang een grote ergernis. Ik vind dat we een maximale inspanning moeten leveren om de bureaucratie terug te dringen. Het gaat mij daarbij dus niet om dingen die nodig zijn om daadwerkelijk inzicht te krijgen in zaken waarvan wij vinden dat ze toegevoegde waarde hebben voor de patiënt en voor de mensen die het moeten beoordelen. Daar gaat het mij dus niet om. Het gaat mij om de onzinnige papierwinkel.
De afgelopen jaren zijn er ontzettend veel trajecten in gang gezet. Op het papier dat ik voor mij heb liggen, worden ze allemaal opgesomd, maar de Kamerleden kennen die waarschijnlijk ook. In ieder geval kunnen we met elkaar concluderen dat ze niet voldoende hebben opgebracht. Ik ben daarom rond de tafel gegaan met het veld over een agenda voor de zorg en daar bleek dat iedereen vindt dat er wat aan moet worden gedaan. Desondanks is het een heel taai traject, want als de ene partij vindt dat ik iets moet afschaffen, vindt de andere partij dat dat echt niet kan, en andersom. Toch zal ik de Kamer na de zomer die agenda doen toekomen. We stellen die agenda op dit moment nog op, maar ik kan de Kamer al wel toezeggen dat ik daar meetbare doelen in zal zetten. Ik weet niet of het gaat lukken, maar ik ga proberen om het meetbare doelen voor de werkvloer te laten zijn. We meten nu op zo'n hoog abstractieniveau dat je je kunt afvragen wie er wat van merkt. We hebben een enorme lastenreductie in de zorg achter de rug, maar volgens mij hebben heel weinig mensen die daadwerkelijk het werk doen, daar iets van gemerkt. Ik kom dus na de zomer met die agenda. Wij zullen na de zomer ook een grote conferentie organiseren om alle partijen hierbij te betrekken en om met hen te bekijken hoe we de werktitel «weg met de regels» werkelijkheid kunnen laten worden. Ik teken daarbij nogmaals aan dat het mij daarom echt gaat om onzinnige regels. In het najaar komen we met die agenda en die startbijeenkomst.

In het kader van het Jaar van de transparantie zullen we over 30 aandoeningen transparantieafspraken maken. We zullen bij die aandoeningen alleen registreren wat nodig is; er kunnen dus ook registraties vervallen. Het eerste traject van het Kwaliteitsinstituut heeft ook laten zien dat er daadwerkelijk registraties zijn komen te vervallen. Verder maken we afspraken met de partijen in de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda en is het ontzettend belangrijk dat we met elkaar hebben afgesproken dat zorgverzekeraars erop zullen inkopen als wetenschappelijke verenigingen, patiënten, verpleegkundigen die verstand hebben van de kwaliteit van een behandeling en verzekeraars gezamenlijk besluiten om een bepaalde norm of richtlijn bij het Kwaliteitsinstituut in te schrijven. Zorgverzekeraars hebben dus toegezegd dat zij zich zullen committeren aan datgene wat er bij het Kwaliteitsinstituut is ingeschreven. Dat kan betekenen dat er enorm veel minder wordt uitgevraagd. Als iets niet is ingeschreven, hanteren verzekeraars immers hun eigen normen. Dat is ook logisch, want wij willen toch ook graag dat zij niet alleen op prijs inkopen.
In de agenda tegen de bureaucratie die ik na de zomer naar de Kamer stuur, zal ik ook iets over het informatieberaad opnemen. In dat informatieberaad zit iedereen rond de tafel en reductie van de administratieve lasten is daar altijd een belangrijk gespreksonderwerp. Een ander belangrijk gespreksonderwerp is het werken vanuit de bronregistraties.
De afgelopen periode heb ik samen met de betrokken partijen meer focus aangebracht in de activiteiten op het terrein van kwaliteit, doelmatigheid en transparantie. De 30 aandoeningen van het Jaar van de transparantie zijn integraal overgenomen in de kwaliteit- en doelmatigheidsagenda. De 30 aandoeningen maken nu dus allemaal deel uit van die transparantiekalender. De activiteiten in het Jaar van de transparantie zijn opgenomen in de meerjarenagenda van het Kwaliteitsinstituut. In het programma DoelmatigheidsOnderzoek van ZonMw wordt specifiek geld gereserveerd voor evaluatieonderzoek in het kader van de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda. Alle indicatoren en richtlijnen worden tripartiet aangeboden aan het Kwaliteitsinstituut, zodat er geen parallelle uitvraag meer nodig is. Ook in de diverse bestuurlijke overleggen wordt flink gesneden, zodat kwaliteitsinitiatieven als kwaliteit en doelmatigheid, patiëntveiligheid en het Jaar van de transparantie aan één en dezelfde tafel worden besproken.
De rode draad door alle nieuwe activiteiten is dat het niet mag leiden tot extra administratieve lasten. Sterker nog, de ambitie is dat de registratielast kan en moet afnemen als we samen met alle partijen kritisch blijven op wat echt zinvol is, want op die manier voorkomen we dat er parallelle uitvragen blijven bestaan. Ik snap waarom de partijen, ondanks deze focus, vragen hebben over de samenhang tussen de verschillende kwaliteits- en doelmatigheidsinitiatieven. Daarom heb ik met het Kwaliteitsinstituut afgesproken dat we gezamenlijk het geheel aan activiteiten zullen vastleggen in één kwaliteitsagenda voor de komende jaren. Het streven is om deze agenda in de zomer gereed te hebben. In die agenda zal ik ook het samen beslissen, waar mevrouw Bouwmeester naar vroeg, een prominente plaats geven. We koppelen dat dus aan die ene agenda. Ik ben het nu aan het bundelen en dat wil ik niet doorkruisen door een tweede agenda op te stellen. Om fragmentatie te voorkomen zal ik het dus opnemen in die ene kwaliteitsagenda, die ik na het zomerreces zal aanbieden.
De heer De Lange vroeg of de aanpak «30 aandoeningen» standaard is. Die is inderdaad standaard, want het is een invitational voor alle betrokkenen. Daar krijgen we in beeld of er witte vlekken zitten in de richtlijnen, de keuzehulpen, de zorginkoop, de registraties, de afspraken over het vullen van de witte vlekken, de ontwikkeling van de richtlijnen, de registraties et cetera. Het wordt vervolgens met namen en rugnummers en deadlines belegd om vrijblijvendheid te voorkomen. Uiteindelijk worden de ontwikkelde producten aangeboden aan het Kwaliteitsinstituut.

Hoe zorgen we voor meer standaardisatie van de registratie? Ik zet in op registratie aan de bron via onder meer het informatieberaad – ik sprak er zojuist over – en de middelen aan de umc's vanuit het Citrienfonds. De umc's spelen een belangrijke rol en zij zijn er ook heel hard mee bezig. Ik roep verder partijen op om geen eilandjescultuur te creëren. Dat we dat voorkomen, is echt ontzettend belangrijk. Het ligt altijd op de loer. DICA en IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) zijn allebei hartstikke goede clubs en ook allebei hartstikke goed bezig met registratie. Voor een deel werken die natuurlijk op elkaars terrein en daar waar hun werkzaamheden elkaar overlappen, zullen ze echt moeten samenwerken om dubbele uitvragen te voorkomen. Deze groepen, die allemaal hartstikke goed werk doen, vraag ik dus om daar waar dat nodig is, hun krachten te bundelen om dubbele uitvraag te voorkomen.
Ik heb toegezegd dat ik gezamenlijk beslissen een rol zal geven in de kwaliteitsagenda. Ik ga nu iets dieper in op wat er precies gebeurt. NPCF heeft samen met de Federatie Medisch Specialisten de campagne «3 goede vragen» opgezet. Er worden verder 25 keuzehulpen voor het kiezen van een behandelaren en 6 keuzehulpen voor het kiezen van een behandeling ontwikkeld. Verder wil ik noemen: het programma Verstandig kiezen van de Federatie Medisch Specialisten, een project met option grids om arts en patiënt inzicht te geven in de voor- en nadelen van de behandelmogelijkheden en het congres Samen beslissen van afgelopen maart. De samenwerking van patiënten- en artsenclubs is daarvoor heel belangrijk. Dat is de reden waarom ik er extra geld voor beschikbaar heb gesteld. Verder zijn het geen onafhankelijke projecten die als ze klaar zijn, niet worden overgenomen, want ze zijn ingebed in de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda die we over de hele sector uitrollen. Ten slotte heeft het Kwaliteitsinstituut de regie over het Jaar van de transparantie. Het Jaar van de transparantie is een soort motto, een soort paraplu waarmee ik wil bereiken dat er onomkeerbare stappen worden gezet om te waarborgen dat de ontwikkeling doorgaat.
Om dit alles te stimuleren ben ik zelf mede naar aanleiding van het debat over het burgerinitiatief van 15 januari op werkbezoek gegaan met de initiatiefnemers en de mensen die hebben gezegd «zo kan het ook». Naar aanleiding van dat werkbezoek hebben we vanavond een brainstorm-sessie over de vraag hoe je ervoor kunt zorgen dat de dingen die we in het land zien, breder worden geïmplementeerd en worden opgenomen door de beroepsgroepen zelf. De relevante koepels en zorgverleners zullen daarbij aanwezig zijn. De uitkomsten hiervan worden natuurlijk met het Zorginstituut gedeeld. Al met al durf ik wel te zeggen dat we aardig wat stappen zetten
De ambtenaren werken om dat alles formeel te bekrachtigen aan het verankeren van samen beslissen in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo). De aanpassing van de Wgbo stuur ik rond de jaarwisseling naar de Tweede Kamer.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik heb een procedurele vraag. Omdat ik nog maar één interruptie heb, wil ik graag weten of de Minister de individuele vragen nog gaat beantwoorden. Zo ja, dan wacht ik nog even met mijn vraag.

Minister **Schippers**: Ik beantwoord de vragen per thema. Ik ben nu bezig met samen beslissen en ik heb nog een paar antwoorden te gaan bij dit onderwerp.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat we onze interrupties plaatsen aan het einde van een blokje. Ik heb verder goede hoop dat er nog wat tijd overblijft voor een tweede termijn.

Minister **Schippers**: Ik zal aangeven wanneer ik naar een ander blokje overga. Dit waren de actiepunten en samen beslissen.
Mevrouw Bouwmeester vroeg of er veel obstakels zijn. Verzekeraars en aanbieders kunnen in hun contracten gewoon afspraken maken over een extra vergoeding voor kijk- en luistergeld. Zij zei het zelf. Verder kunnen ze daarin afspraken maken over de time-outprocedure en het belonen op uitkomsten. We zien daarvan voorbeelden in het land. Ik denk dat die voorbeelden massaler zijn dan mevrouw Bouwmeester stelt, maar ik ben het wel met haar eens dat het beter kan. Ik hoop dan ook dat het, na de eerste evaluatie van de verzekeraars van wat ze hebben ingekocht, volgend jaar meer zal zijn. Ik zou me echt zorgen maken als we volgend jaar een teruggang zouden zien.
Om de samenwerking te bevorderen wordt het een heel pakket aan activiteiten in het Jaar van de transparantie. Ik heb verder een aantal congressen van artsen bezocht waarin het thema «samen beslissen» centraal stond. Het is heel belangrijk dat artsen daar zelf ook over spreken en dat zij de moeilijkheden en de drempels met elkaar bespreken die ze op persoonlijk vlak en bij de omschakeling in hun manier van werken tegenkomen. Als een arts op zo'n congres vertelt hoe hij het heeft aangepakt, kunnen de artsen in de zaal dat voorbeeld meenemen: misschien is het wel een goede tip; kan ik het misschien ook zo doen? Ik denk dan ook dat er vooral gewerkt moet worden aan een cultuuromslag in de sector zelf.
Aan het eind van dit jaar kom ik met de kwaliteitsagenda, waaraan ik dus het samen beslissen toevoeg. Dat onderdeel zal ik verder ook meenemen in mijn gesprekken met de sector en verder zal ik, zoals toegezegd, de Kamer rapporteren wat die gesprekken opleveren en welke acties als gevolg daarvan worden uitgezet. In de kwaliteitsagenda zal ik er ten slotte ook een tijdpad en doelstellingen aan koppelen om te voorkomen dat het een algemeen verhaal wordt.
Hoe wil ik het bevorderen? Het gebeurt natuurlijk in de spreekkamer tussen arts en patiënt. De artsen zullen door extra opleidingen, nascholing en onderlinge gesprekken een omslag tot stand moeten brengen. De patiënten moet op hun beurt de benodigde tools krijgen en daar is de NPCF samen met de federatie hard mee aan het werk. Uiteindelijk moet het leiden tot een ander gesprek in de spreekkamer en, volgens mij, ook een andere timing.
De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) ligt ter behandeling voor in de Eerste Kamer. Helaas kwam de voor de behandeling geplande datum van 30 juni niet uit, waardoor het nu in september in de Eerste Kamer behandeld zal worden. Dat wetsvoorstel is ontzettend belangrijk voor de emancipatie van de patiënt. Ik ben ervan overtuigd dat het enorm gaat helpen om te komen tot de open communicatie en goede informatievoorziening die zo belangrijk is voor goede samenwerking. Elementen om dat te bevorderen zitten in het wetsvoorstel. Verder bereid ik een wijziging van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo) voor, waarvan betere samenwerking tussen zorgverlener en patiënt een belangrijk onderdeel is. De wet is nu nog niet ingericht op samen beslissen en het is dan ook belangrijk dat we samen beslissen daarin mogelijk maken.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb geen vraag over de Wkkgz, want die wet hebben we al in de Tweede Kamer behandeld. Ik heb wel een vraag over wat de Minister zei over samen beslissen. Zij gaf aan dat ze met een tijdpad zal komen voor samen beslissen en dat zij de Kamer zal informeren over de opbrengst van haar gesprekken over patiëntenparticipatie. Ik heb daar expliciet naar gevraagd en ik zie die opmerking dan ook maar als een antwoord op mijn vraag. Doelt de Minister nu op de kwaliteitsagenda waarmee zij na de zomer naar de Kamer komt? Zo ja, wanneer kunnen we die agenda dan tegemoetzien?

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik wil het zo veel mogelijk aan elkaar koppelen. Samen beslissen is namelijk ook een onderdeel van kwaliteit. We willen zaken focussen en ons eigenlijk beperken tot één kwaliteitsagenda en dan moet ik niet komen met een apart stuk over samen beslissen, want dan lijkt samen beslissen iets heel anders dan kwaliteit. Ik ga echt proberen om het allemaal in één agenda op te nemen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik vind het heel terecht dat de Minister het zo doet en ik juich dat dan ook alleen maar toe. Het was echt een praktische vraag aan de Minister, want het was mij niet helemaal duidelijk of de Minister sprak over de kwaliteitsagenda die na de zomer of in het najaar naar de Kamer komt. Ze zei namelijk ook dat ze samen beslissen wil verankeren in de Wgbo en die wet komt pas rond de jaarwisseling naar de Kamer. Ik vroeg me dus vooral af wanneer we wat kunnen verwachten.

Minister **Schippers**: We komen in de maanden na de zomer met de kwaliteitsagenda. Vervolgens moet het ook in wetsteksten worden vastgelegd. De wetgeving die nodig is voor die verankering, komt rond de jaarwisseling. De agenda en de wetgeving zullen elkaar natuurlijk overlappen, maar het is nu eenmaal zo dat je sommige dingen ook wettelijk moet verankeren.
Voorzitter. Mevrouw Bouwmeester heeft mij vier punten voorgelegd. Op het kijk- en luistergeld en de time-outprocedure heb ik voldoende gereageerd. Een punt waarop ik nog niet heb gereageerd, is het punt «bekostiging van kwaliteit wordt niet beloond». Of dat zo is, ligt aan de manier waarop je hiernaar kijkt. Ik heb natuurlijk al een brief naar de Kamer gestuurd over uitkomstbekostiging. Verder hebben we voor de huisartsenzorg een manier van bekostiging ingevoerd, waarin dat daadwerkelijk van toepassing kan zijn. In reactie op de heer Van Gerven kan ik verder zeggen dat ik deze zomer in gesprek ga met de huisartsen over drie onderwerpen, namelijk samenwerken, kwaliteit en bureaucratie. Kwaliteit is dus ook een punt op mijn agenda voor deze zomer. We zullen goed moeten bekijken hoe we het in de bekostigingssystematiek verwerken.
In segment 3 hebben we de mogelijkheid om bij de huisartsenzorg op uitkomsten te bekostigen. Tegelijkertijd zie je dat hierover discussie ontstaat. Het pregnantste voorbeeld daarvan bij de huisartsenzorg is het spiraaltje. Het spiraaltje werd gedaan in de tweede lijn, maar omdat een aantal huisartsen het ook deed, zeiden we: die moeten we daarvoor wel betalen en dat moeten we in aparte bekostiging regelen. Op een gegeven moment kwamen we echter tot de conclusie dat het weer tot de standaardhuisartsenzorg zou moeten behoren en daarom hebben we het geld voor het zetten van een spiraaltje opgenomen in de algemene bekostiging. Dat is de algemene bekostiging, waarover de heer Van Gerven terecht zei dat die geen prikkel bevat om extra verrichtingen te gaan doen. Heel veel huisartsen reageerden daarop met «dan doe ik ook geen spiraaltjes meer, want als ik er niet apart voor wordt betaald, doe ik het niet».
Er is dus altijd veel discussie over hoe je zoiets op een positieve manier kunt inzetten. Iets wat in segment 3 staat omdat we het een bijzondere verrichting vonden, of iets van een bijzondere kwaliteit moet je natuurlijk ook kunnen opnemen in de gewone financiering als je het inmiddels een standaardverrichting vindt. Als je dat niet doet, heb je geen ruimte om nieuwe dingen als kijk- en luistergeld en het meekijkconsult in segment 3 op te nemen. Maar op een gegeven moment kunnen ook die natuurlijk weer in de algemene financiering geplaatst worden. Er zullen dus altijd bekostigingsvraagstukken spelen.
Langzaam maar zeker moeten we de bekostiging gevoeliger maken voor kwaliteit. Ik heb de Kamer daarover ook een brief gestuurd. Het instituut

Beleid & Management Gezondheidszorg stelt dat dit lange en ingewikkelde trajecten zijn, want wat is kwaliteit? Hoe meet je dat? De heer Van Gerven gaf hiervan een voorbeeld. Als de sector zelf bepaalt dat iets niet conform de stand van de wetenschap is, hoort dat veranderde oordeel ertoe te leiden dat het niet meer wordt gefinancierd. Maar er zullen inderdaad altijd artsen of individuen zijn die zeggen: maar het is wel heel erg goed. Dat zul je altijd houden. Dit aspect zal bij de definiëring en de beloning van kwaliteit altijd een heel erg belangrijk aandachtspunt blijven.
Het derde punt van mevrouw Bouwmeester is het gebruik van keuzehulpen. Daarop wordt momenteel fors ingezet. Ik heb dat zojuist al aangegeven. Het vierde punt is dat de ervaringen van de patiënt meer moeten worden meegenomen. Ik ben dat absoluut met mevrouw Bouwmeester eens. Het is dan ook heel goed dat we het bij het Kwaliteitsinstituut hebben neergelegd. De patiënt heeft daar nu echt een stem bij het beoordelen van wat goede zorg is en voorheen hadden patiënten dat echt niet. Ook de link tussen KiesBeter en zorgkaart.nl is hiervoor belangrijk. Ten slotte wijs ik erop dat we met subsidie van VWS de ontwikkeling bevorderen van de PROMS (patient related outcomes).
Voorzitter. Dit was wat ik wilde zeggen onder het kopje «samen beslissen».

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De Minister heeft mij heel blij gemaakt. Ik hoorde haar namelijk zeggen: ik kom niet met een patiëntenparticipatieplan, maar er komt een hoofdstuk in de kwaliteitsagenda dat helemaal is gewijd aan participatie. Die agenda is verder ook bedoeld om de lopende projecten te bundelen en het goede voort te zetten. Ik vind dat heel goed en ik wacht dan ook met interesse af wat er in september naar de Kamer komt.
Eén punt is nog onduidelijk, namelijk het bekostigingsvraagstuk. Aan de ene kant gaat het om het handelen maar aan de andere kant om de bekostiging. Volgens mij heb ik de Minister horen zeggen dat zij wil dat er in de dbc's meer ruimte komt voor variatie en belonen op kwaliteit. Heb ik dat goed begrepen?

Minister **Schippers**: Bij de uitkomstbekostiging in de dbc's moet het kwaliteitsaspect een grotere rol gaan spelen. In reactie op de aanbevelingen van iBMG heb ik de Kamer geschreven dat we kleine stapjes zetten en dat we goed moeten bekijken of we wel de goede beslissingen nemen. Ik ben het niet met Van Gerven eens dat je helemaal niets moet doen aan uitkomstbekostiging en kwaliteitswaardering in de bekostiging, maar ik ben het wel eens met zijn waarschuwing dat het geen mère à boire mag worden. Het systeem mag niet zo ingewikkeld en bureaucratisch worden dat het onuitvoerbaar is. We moeten met inachtneming van die twee aspecten verstandige stappen zetten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Maar in hoeverre wordt het bekostigingsvraagstuk dan een onderdeel van het hoofdstuk over patiëntenparticipatie? Het ene deel van de oplossing van dokter Oei is bespreken en informatie delen, maar het andere dat we af moeten van de situatie dat een arts die de goede methode hanteert, word geconfronteerd met een dbc waarin staat: gesprek, opereren en klaar. Er is geen dbc waarin staat: gesprek, thuis informatie bekijken, nog een gesprek en klaar. Dat tweede gesprek zit gewoon niet in de dbc en wordt daardoor niet vergoed. Zo'n arts wordt alleen maar betaald als hij een buisje plaatst of amandelen knipt. Het is met andere woorden een probleem dat de dbc's te star zijn. Meerdere artsen die het goede willen, krijgen ermee te maken dat de prikkels niet goed zijn gericht. Neemt de Minister dit punt ook mee? Ik vraag dat, omdat ik dat bedoelde met «het bekostigingsvraagstuk en de prikkel goed zetten». Alleen als daarvoor ruimte komt, wijzen alle neuzen

en prikkels de goede kant op. Het is volgens mij heel belangrijk dat we deze stap zetten.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Hier spelen twee dingen. Ten eerste is er de richtlijn, waarin staat wat een kwalitatief goede manier van behandelen is. De sector zal het daarin zelf moeten beschrijven. Ten tweede is er de diagnosebehandelcombinatie. Dat woord geeft aan dat het gaat om de diagnose en de behandeling en daarin staat niet dat je alleen maar voor de verrichting wordt betaald. Nee, je wordt betaald voor dat hele traject. Ik zie mevrouw Bouwmeester met haar hoofd schudden, maar zo is de diagnosebehandelcombinatie wel degelijk opgezet. Het helpt natuurlijk enorm als in de richtlijn staat hoe een bepaalde dbc moet worden ingevuld, maar dat laat onverlet dat een diagnosebehandelcombinatie zelf over ketens heen gaat. Een dbc is niet beperkt tot binnen de ziekenhuismuren. Dat is ook wat we wilden, want we hebben daarom juist dat ingewikkelde systeem van de dbc's gekozen en niet een systeem met drg (diagnose related groups). Dat was destijds echt het grote discussiepunt. De diagnose related groups waren bedoeld voor binnen de instellingen en de diagnosebehandelcombinaties voor het hele traject. Bij een dbc hoort dus gewoon de hele behandeling van diagnose tot en met behandeling. Ik ben van mening dat wat mevrouw Bouwmeester noemde, er dus gewoon bij hoort. Daar zijn we het dus over eens. We zullen de zorg dus zo moeten inrichten dat dit mogelijk wordt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dit is eigenlijk een voorbeeld van «het leven is harder dan de leer». De Minister zegt dat het in de dbc zit, maar in de praktijk lopen zorgverleners wel tegen dit probleem aan. Wat is dan de weg om dit op te lossen?

Minister **Schippers**: De zorgverleners die daartegen aanlopen, heb ik op werkbezoeken ook gesproken. Verder hebben we vanavond met deze artsen een sessie. We zullen daar tegen hen zeggen dat ze ervoor moeten zorgen dat het goed in de richtlijnen terechtkomt. Dat geldt zowel voor de richtlijnen van de gynaecologen in het voorbeeld van de bekkenbodemmatjes als voor de richtlijnen van de KNO-artsen in het voorbeeld van dokter Oei. Dat is één. Ten tweede zullen we moeten bespreken hoe we ervoor kunnen zorgen dat het in de contractering goed wordt geregeld. Dat zullen we vanavond zeker bespreken, want dan zit iedereen aan tafel. Ik zeg dat ook, omdat ik me verzet tegen het idee dat we hiervoor het hele systeem zouden moeten veranderen. We moeten het systeem niet veranderen, we moeten het in de praktijk anders doen. Het gaat wat mij betreft vanavond dus om de vraag hoe we het in de praktijk anders kunnen gaan doen.
Ik denk dat het kan, maar dat we ervoor moeten zorgen dat het massaler wordt toegepast. Dat is ook een reden waarom ik vanavond dat gesprek heb, want we zullen echt een antwoord moeten geven op de vraag hoe we ervoor gaan zorgen dat de diagnosebehandelcombinatie, die het hele traject beslaat, ruimte biedt voor deze manier van werken.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Is het de bedoeling dat dit gesprek uiteindelijk leidt tot maatregelen?

Minister **Schippers**: U vroeg mij: u ging toch gesprekken voeren in dat kader? Het gesprek van vanavond is een van de gesprekken die in dat kader worden georganiseerd. Na de zomer zal ik in de agenda aan de Kamer terugkoppelen hoe we ons gaan focussen op 1. kwaliteit en 2. samen beslissen. Wanneer ik dit traject over samen beslissen heb doorlopen, zal ik daarover terugkoppelen aan de Kamer. Naar verwachting wordt dat na de zomer, in het najaar.

Ik heb zojuist aangegeven wat ik nog meer heb gedaan in dat traject. Ik heb werkbezoeken afgelegd en gesprekken gevoerd. Daardoor hebben we de informatie over hoe het zou moeten en komt nu de vraag aan de orde hoe we het daadwerkelijk kunnen toepassen. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat het niet in één enkel ziekenhuis wordt toegepast maar in meerdere?
De gesprekken met de LHV gaan over de drie onderdelen samenwerken, kwaliteit en bureaucratie. De LHV heeft het voortouw genomen bij deze gesprekken en zij heeft dan ook de zorgverzekeraars, de ACM en de NZa uitgenodigd voor deze gesprekken. Wij proberen deze zomer een traject te lopen. Ik heb zelf op een bijeenkomst aangegeven dat ik op 1 oktober graag resultaten wil presenteren. Ik heb die datum genoemd, omdat het over het algemeen beter gaat als er een beetje druk op staat. Dat is mijn streven. Als er resultaten zijn, meld ik die de Kamer natuurlijk keurig. Maar goed, die resultaten moeten we natuurlijk eerst wel halen.
Mevrouw Bruins Slot merkte terecht op dat er op het terrein van medische technologie de laatste jaren van alles in gang is gezet om de veilige toepassing van die technologie te stimuleren. Op 1 februari 2015 heb ik de Kamer hierover nog een brief gestuurd. De aandacht voor veiligheid is hier natuurlijk zeker terecht, want we leven in een tijd waarin medische technologie echt overal is. Ik heb de apparaten nooit geteld, maar ik geloof mevrouw Bruins Slot direct als zij zegt dat het in de vele duizenden per ziekenhuis loopt. Je moet uiteraard garanderen dat het gebruik ervan veilig is en daarom is het nodig om steeds bestuurlijke aandacht voor dit onderwerp te vragen.
De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de ziekenhuiskoepel dan ook aangespoord om de implementatie van het convenant onder zijn leden te bevorderen. In 2014/2015 heeft de IGZ het risicogestuurd toezicht op dit onderwerp gecontinueerd. Binnenkort zal de inspectie hierover rapporteren. Ik weet niet wat eruit komt, ik weet alleen dat het eraan komt. Ik ben dus net zo benieuwd als mevrouw Bruins Slot. Als zou blijken dat er onvoldoende vorderingen zijn geboekt, zal ik de bestuurders waar dit aan de orde is, echt aanspreken. Dat zal echt recht moeten worden gezet.
Onlangs, op 11 juni 2015, hebben de NFZ en de NFU een themaconferentie georganiseerd om handvatten te bieden voor een betere implementatie van het convenant. Verder is de veilige toepassing van medische technologie een van de drie speerpunten van de ziekenhuizen in de komende jaren om de patiëntveiligheid te vergroten. Het heeft een prominente plaats op de website vmszorg.nl naast infectiepreventie en antibioticaresistentie en medicatieveiligheid. In aanvulling op deze initiatieven heb ik aan EMGO/NIVEL een subsidie verleend om als onderdeel van hun vierde monitor Zorggerelateerde schade een derde meting voor de medische technologie uit te voeren. Ik heb hun gevraagd om een verdiepingsstudie waarin de nadruk wordt gelegd op het waarborgen van de bekwaamheid van de gebruiker van medische technologie. We zitten er, inclusief de inspectie, dus vol op en dat is in mijn ogen heel terecht.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik bedank de Minister voor haar uitgebreide antwoord, want het is een grote zorg. Ik vind ook de verschillen zo groot. Ik zie echt heel mooie projecten in bepaalde ziekenhuizen. Zo is er bijvoorbeeld het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft dat onderzoekt waar alle apparatuur staat en of die het wel doet. Op die manier wil men komen tot betere onderhoudsschema’s. Ik was onlangs op bezoek bij ZGT Hengelo, waar men een heel mooi traject heeft doorlopen om alle apparaten in beeld te krijgen en de gebruikers ervan beter te scholen. Eigenlijk doet men dan wat men in normale bedrijfsvoering altijd al doet: ervoor zorgen dat je snapt met welke apparatuur je werkt, zorgen dat die apparatuur op orde is en er daarmee voor zorgen dat de patiëntveiligheid wordt vergroot. Ik zie juweeltjes van projecten binnen de verschillende

ziekenhuizen, maar waarom lukt het toch niet om die voorbeelden over de andere ziekenhuizen uit te rollen? Wat zit er toch in de zorgcultuur dat dit zo wordt belemmerd?

Minister **Schippers**: Ik wacht nog even het rapport van de inspectie af. Ik heb dus al wel gezien dat NVZ en de NFU de handschoen hebben opgepakt door de werkgroep Medische Technologie in te richten. Die werkgroep moet ervoor zorgen dat het convenant wordt geïmplementeerd. De werkgroep doet dat door zich op drie punten te focussen. Ten eerste is dat de ontwikkeling van conceptindicatoren medische technologie en een basisset prestatie-indicatoren. Op die manier kunnen de prestaties van ziekenhuizen zichtbaar worden gemaakt. Daardoor komt er vervolgens extra aandacht voor de veilige toepassing van medische technologie in ziekenhuizen. Dat kun je dan beter afdwingen, doordat je het zichtbaar hebt gemaakt. Ten tweede maakt men nadere afspraken met de leden van de werkgroep over de borging van de eisen van het convenant in de diverse accreditaties, het ontwikkelen van instrumenten en het opstellen van landelijke uniforme afspraken. In de werkgroep zitten overigens alle beroepsverenigingen. Ten derde organiseert de werkgroep een nieuwe werkconferentie voor het najaar van 2015. Ik ben het met mevrouw Bruins Slot eens dat het veel aandacht vergt, maar de NFU en de NVZ pakken het in mijn ogen heel goed op. Ik ben dan ook benieuwd naar de constateringen van de inspectie.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Als ik de Minister zo hoor, is men klaarblijkelijk heel druk bezig met het op orde brengen van de basis. Er is echter een nieuwe ontwikkeling, zo vertelde men mij tijdens mijn bezoek aan het ZGT Hengelo, namelijk dat er steeds meer apparatuur uit ziekenhuizen in de thuissituatie wordt gebruikt. ZGT Hengelo is daarom een mooi traject begonnen met de thuiszorgorganisaties en de wijkverpleging om de gebruikers te scholen in het gebruik van de apparaten van de ziekenhuizen. De ziekenhuizen moeten hun zaken op orde brengen, maar daar zij we er niet mee, want door het verplaatsen van de zorg naar de thuissituatie worden wij voor een nieuwe uitdaging geplaatst, namelijk dat wij ervoor moeten zorgen dat er bij de patiënten thuis ook zorgvuldig wordt omgegaan met de apparatuur. Dat is echt nog een blinde vlek!

Minister **Schippers**: U hebt gelijk. Eerst moeten de ziekenhuizen hun zaken op orde brengen. Daar moeten we nog een heel traject voor doorlopen. Niet voor niets heb ik een stok achter de deur, namelijk de Wkkgz. Als je geen stok achter de deur hebt, kan het vrijblijvend zijn. Dat hoeft niet, maar het kan wel. Als er te weinig voortgang wordt geboekt, kan ik in een AMvB nadere regels stellen aan ziekenhuizen. Tegelijkertijd constateert mevrouw Bruins Slot terecht dat de ziekenhuissector alweer verder is dan andere sectoren. En dan hebben we het nog niet eens over de thuissituatie. Het is niet voor niks dat we nu allemaal boven op dit traject zitten. De inspectie kijkt er ook naar. Het is van groot belang dat er hiervoor in de thuissituatie ook aandacht is. We moeten wel beseffen dat de herkomst van die apparaten heel divers is. Worden ze door het ziekenhuis geleverd of komen ze ergens anders vandaan? Ik zal dit punt zeker meenemen in het verdere traject.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Een procedureel punt. De Minister neemt het mee, maar zal ze in haar reactie op het inspectierapport ook het punt van de thuissituatie adresseren?

Minister **Schippers**: Dat doe ik.
Voorzitter. Ik kom nu toe aan het punt dat kwaliteit loont. Welke rol zie ik voor mijzelf weggelegd bij de transparantie van de inkoop van zorgverzekeraars? Wij zijn het met elkaar eens. De wet is hier behandeld en toen

waren we het er met elkaar over eens dat de transparantie door de amendementen alleen maar groter werd. Ik heb verder aangegeven dat ik het zal «omzetten», opdat de verzekeraars al in april aangeven waarop ze zullen inkopen. Het is natuurlijk ongelooflijk belangrijk voor het veld, maar niet alleen voor het veld, ook voor patiënten, om te kunnen zien waar de prioriteiten liggen. Iedereen wil immers weten wat bijvoorbeeld het kwaliteitsprogramma is bij de inkoop. Een verzekeraar kan zich echt in de kijker spelen als die voor april een goed inkoopprogramma neerzet. Die stappen worden gewoon gezet. Mijn rol daarbij bestaat eruit dat ik de regels zo vaststel dat men het ook gaat doen.
Ik denk dat ik al voldoende heb gezegd over de uitkomstbekostiging. Ik heb daar ook recentelijk een brief over naar de Kamer gestuurd.
Ik weet niet of het nog problemen op gaat leveren, maar op dit moment zijn mij nog geen problemen bekend met de bodyscan. Ik heb ook nog niet alle stukken kunnen lezen, want er liggen volgens mij zo'n 60 stukken. Als ik zie wat ik allemaal heb liggen, komt er nog heel veel naar de Kamer. Ik weet niet zeker of dit erin zal zitten, want ik ga eerst bekijken wat nu moet en wat misschien aan het einde van het reces kan. Ik kom er dus in mijn reactie op terug.
Wij hebben een rapport gekregen over de verschillen tussen mannen en vrouwen. In hoeverre wordt hiermee rekening gehouden bij onderzoek en zorgverlening? De symptomen alleen al blijken enorm te kunnen verschillen. Als vrouwen heel andere symptomen hebben en de arts gewend is om te reageren op de symptomen van mannen, reageert die arts dus niet als vrouwen in de problemen komen. In het Nationaal Programma Preventie schenken we op een aantal plaatsen aandacht aan gendersensitieve zorg. Er wordt ingezet op het bevorderen van de participatie van vrouwen en laagopgeleide en laaggeletterde vrouwen. Dat is net iets anders dan waarnaar gevraagd is, maar het is zeker ook belangrijk. Verder hebben wij de doelstelling opgenomen dat er gendersensitievere en genderbewustere zorg wordt gestimuleerd. Om die doelstellingen te bekrachtigen heeft de Alliantie Gender & Gezondheid een pledge in dat kader opgesteld en ondertekend. Daarnaast hebben ZonMw en WOMEN Inc een kennisagenda gender en gezondheid ontwikkeld. Deze is tot stand gekomen met behulp van financiering door het Ministerie van Onderwijs. Die kennisagenda is op 16 juni aan ons overhandigd. Ik neem het stokje over van de Minister van Onderwijs door met ZonMw te bekijken hoe we het in een programma bij ZonMw kunnen inpassen. Ik heb al aangegeven dat ik dat ga doen en dat ik daarvoor dus ook de financiële middelen zal vrijmaken.
De heer De Lange maakte terecht een punt van gender. Wij hebben al eerder geconstateerd dat het niet alleen kwestie is van verschillen tussen mannen en vrouwen. We zien hetzelfde probleem namelijk ook bij kinderen. Wij doen het onderzoek naar geneesmiddelen over het algemeen bij jonge mannen. Dergelijk onderzoek doen we niet bij kinderen of oudere mensen en zeker niet bij zeer oude mensen. Het is dus mogelijk dat zeer oude mensen net als vrouwen en kinderen anders op medicijnen reageren. Het is dan ook van belang om de groep zeer oude mensen mee te nemen in het programma.
Moet er meer aandacht komen voor gendersensitieve geneeskunde in de opleiding van artsen? Dankzij het werk van de alliantie hebben er al heel veel acties plaatsgevonden binnen de basisopleiding geneeskunde, bijvoorbeeld een screening van het gebruikte materiaal en het bespreken van de aanbevelingen met decanen en opleidingsdirecteuren. Die reageren overigens over het algemeen positief op de aanbevelingen. Over de vervolgopleidingen tot geneeskundig specialist vinden op dit moment gesprekken plaats met de voor dit thema meest relevante wetenschappelijke verenigingen. Zo wordt in de cardiologie bijvoorbeeld bezien hoe we extra aandacht kunnen genereren voor gendersensitieve geneeskunde. VWS faciliteert deze gesprekken.

Verzekeraars zijn gevraagd om hun bijdrage te leveren aan het doelmatigheidsonderzoek. Zij hebben aangegeven wel financieel bij te dragen aan het zogenoemde SEENEZ-project (Stimuleren Effectieve zorg, Elimineren Niet Effectieve Zorg), maar zij hebben nog geen toezegging gedaan over de cofinanciering van toekomstige evaluatieonderzoeken. Omdat ik het belangrijk vind dat dit onderzoek snel wordt gedaan, wil ik op korte termijn met ZonMw vastleggen hoe we dat onderzoek de komende jaren uitzetten en hoe we betere aansluiting kunnen vinden op de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda en de 30 aandoeningen. Ondertussen blijf ik in gesprek met de zorgverzekeraars.

Tot slot ga ik in op de vragen over de inkoop van hulpmiddelen. Acht ik een bindend advies bij de inkoop van hulpmiddelen als stomamateriaal wenselijk? Het is van belang dat de patiënt de hulpmiddelen krijgt die hij nodig heeft en dat die niet duurder zijn dan nodig is. We hebben gezien dat er in de hulpmiddelenmarkt een enorme marge zit in de prijzen. Laten we daar gewoon reëel over zijn. Er is ontzettend veel bespaard door de selectieve inkoop van de verzekeraars. Daarvoor ergerde ik me overigens behoorlijk aan de winstmarges die op de hulpmiddelen zaten. Zo heb ik een ziekenhuis bezocht dat 30% bespaarde op de inkoop door hulpmiddelen niet alleen rechtstreeks bij de fabrikant af te nemen, maar dat ook te doen via Duitsland. Dat laat wel zien hoeveel geld er vroeger niet doelmatig is ingezet. Sinds dat steeds scherper voor het voetlicht kwam, zijn er verschillende dingen gebeurd. De zorginstellingen zijn veel vaker gezamenlijk gaan inkopen, wat heel goed is omdat men daardoor veel scherper kan inkopen. Ziekenhuizen kopen intramurale pakketten in, maar er is ook het nodige gebeurd bij de extramurale pakketten. Zorgverzekeraars hebben bij die pakketten namelijk ook heel scherp bekeken of ze niet duurder waren dan nodig. Op deze manier is er veel geld bespaard.

We hebben altijd ingecalculeerd dat middelen geleverd moeten worden als een verpleegkundige of een arts zegt dat iets medisch noodzakelijk is. Dat is de veiligheidsklep die we hebben geregeld. Verder moeten de middelen natuurlijk voldoen aan de geldende normen. Het is in mijn ogen dus belangrijk dat we ervoor zorgen dat de selectieve inkoop blijft bestaan. Het geld dat je extra uitgeeft aan hulpmiddelen, kun je immers niet uitgeven aan andere zorg. Er komen allerlei nieuwe innovatieve middelen op de markt en we willen allemaal graag dat iedereen daarvan gebruik kan maken, wat betekent dat we heel goed op het geld moeten letten. Als een patiënt voor zijn behandeling andere medisch noodzakelijke middelen nodig heeft, kan er gebruik worden gemaakt van de regeling die we daarvoor hebben getroffen. Een patiënt moet, met andere woorden, altijd de voor hem medische noodzakelijke middelen door zijn verzekeraar geleverd krijgen. Als een ziekte iemand dwingt om bepaalde middelen te gebruiken om te kunnen functioneren, dan moeten die er komen.

De heer Van Gerven heeft gevraagd naar de overname van een kliniek door een medicijnenfabrikant. Daar heb ik de Kamer op 10 juni een brief over doen toekomen. De heer Van Gerven heeft die brief klaarblijkelijk gelezen, want hij reageert daarop. In de brief heb ik aangegeven dat er zeker ook positieve kanten zitten aan de samenwerking tussen fabrikanten en klinieken in de zorg. Er zijn ook risico's. Ook aan overnames kleven positieve punten en risico's. Die risico's worden ondervangen doordat de kliniek zal moeten blijven voldoen aan de wettelijke kwaliteitseisen. Verder zal de contracterende verzekeraar hierover afspraken maken en ziet de inspectie toe op deze nieuwe combinatie. Hetzelfde geldt voor de eisen rond de bescherming van patiëntgegevens. De toezichthouder, in dit geval het College bescherming persoonsgegevens, zal toezien op wat er daar gebeurt. Bovendien stelt de Wtzi regels aan de bestuursstructuur van zorginstellingen. De brief is helder. Ik denk dus dat er risico's en positieve kanten zijn en dat wij die risico's in onze wet- en regelgeving op een

goede manier hebben afgedekt en dat de toezichthouders hierop op een goede manier toezicht houden.

De heer **Van Gerven** (SP): De Minister heeft aangegeven dat het wettelijk kan. Dat wist ik, zeker na de brief. De Minister is er eigenlijk geen voorstander van dat zorgverzekeraars medische centra in bezit hebben. Overigens heeft ze dat nu weer wat genuanceerd, aangezien artikel 13 niet doorgaat. Is de Minister bereid om een nader onderzoek te laten doen naar de voor- en nadelen van dergelijke overnames? Stel dat Philips het ziekenhuis Bernhoven in Uden zou willen overnemen omdat Philips toch al alle medische technologie aan dat ziekenhuis levert, wat zou de Minister daar dan van vinden?

Minister **Schippers**: In het buitenland zien we natuurlijk voorbeelden hiervan en daardoor kennen we de voor- en nadelen en de risico's eigenlijk al wel. We zien die risico's, maar in ons systeem met zijn balance of power bieden we daar wel degelijk tegenwicht aan. Als een ziekenhuis zou worden overgenomen door de fabrikant van medische hulpmiddelen – ik beperk me maar tot een neutraal voorbeeld – en die te dure zorg en zorg van een te lage kwaliteit levert, kopen de zorgverzekeraars bij dat ziekenhuis geen zorg in. De eisen waaraan een ziekenhuis moet voldoen, gelden natuurlijk ook voor een ziekenhuis dat in het bezit is van een leverancier van medische hulpmiddelen. De inspectie ziet hier op toe, net als overigens het College bescherming persoonsgegevens. Omdat dit een nieuwe ontwikkeling is, zullen zij hier aandacht aan schenken. Er zitten dus ook positieve kanten aan verticale integratie.
Toen artikel 13 werd ingezet, was ik inderdaad van mening dat integrale integratie het systeem te veel zou vastzetten doordat een verzekeraar niet zou hoeven te vergoeden buiten de naturapolis. Als dat niet aan de orde is, kan verticale integratie volgens mij heel goed werken. Menzis heeft op een gegeven moment behoorlijk geïnvesteerd in eerstelijnszorg die niet spontaan tot stand kwam. Die verbetering voor de patiënt is door de investeringen van Menzis wel tot stand gekomen. En dat zijn toch mooie dingen waarvan de patiënt uiteindelijk heel veel voordeel heeft gehad.

De heer **Van Gerven** (SP): Medtronic of, neutraal geformuleerd, een medischehulpmiddelenfabrikant, wil natuurlijk verdienen aan de overname van een medisch centrum. Dat heeft een zeker risico in zich en het is mijn vraag of dat risico voldoende gecoupeerd wordt door de maatregelen die de Minister voorstelt. De Minister spreekt over positieve kanten, maar ik zie die niet. Kan zij mij daarom nog eens uitleggen wat er zo positief aan is dat de zorg van patiënten afhankelijk is van een particulier bedrijf met een winstoogmerk?

Minister **Schippers**: Over winstoogmerk kun je heel erg lang praten. Daarbij kom dat de een het loon noemt en de ander winstoogmerk. Waar is bij de medische hulpmiddelen een patiënt het meest bij gebaat? Dat is bij de doorontwikkeling en de verbetering van die middelen. Patiënten zijn er het meest bij gebaat dat wij ervoor zorgen dat artsen en fabrikanten goed samenwerken om die verbeteringen daadwerkelijk door te voeren. Ik denk dus dat er wel degelijk grote voordelen aan kunnen zitten als we de balans en de kwaliteit maar goed regelen.

De **voorzitter**: We worden gestoord door de stemmingsbel. Dat komt goed uit, want de Minister was volgens mij gekomen aan het einde van haar beantwoording. Ik schors zodat wij kunnen gaan stemmen. Daarna gaan we verder met de tweede termijn van de Kamer.

De vergadering wordt geschorst van 15.52 uur tot 16.35 uur.

De **voorzitter**: De stemmingen en de regeling van werkzaamheden liggen achter ons. Omdat de Minister haar beantwoording had afgerond, kunnen we nu verder met de tweede termijn. Ik heb gezien dat de leden daaraan behoefte hebben. Ik vraag de leden zich te richten op een spreektijd van anderhalve minuut.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik begin met een VAO aan te kondigen, onder andere naar aanleiding van de discussie over Diabeter en Medtronics. Ik zou graag zien dat de Minister daarnaar onderzoek laat doen.
Ik vraag mij af in hoeverre de toegankelijkheid van de zorg een belangrijk kwaliteitscriterium is voor de Minister. Daarom zou ik haar willen vragen om in te gaan op het probleem van de budgetpolis, namelijk dat door deze polisvorm relatief veel mensen een hoge eigen bijdrage moeten betalen.
Wil de Minister bij de regeldruk en de zinloze bureaucratie taakstellend zijn? Gaat zij met andere woorden die taakstelling aan de orde stellen in de discussie met de zorgverzekeraars?
Is het ten slotte voor de kwaliteit van de zorg niet veel beter dat de zorgverzekeraars zich beperken tot de uitvoering en dat zij zich dus niet inhoudelijk bemoeien met de kwaliteit?

De heer **De Lange** (VVD): Voorzitter. In dit algemeen overleg kwamen twee voor de VVD zeer relevante onderwerpen aan de orde. Ten eerste is dat de manier waarop de agenda rondom samen beslissen vorm en inhoud wordt gegeven. De Minister heeft aangegeven na de zomer met een kwaliteitsagenda te komen waarin nadrukkelijk een tijdpad en doelstellingen worden aangegeven. Dat is zeer van belang en ik kijk dan ook uit naar die uitwerking.
Ten tweede is het belangrijk dat de Minister heeft aangegeven dat ZonMw de onderzoeksagenda gender zal oppakken en dat het ministerie voor de financiering zorgt. Het is goed dat er in dat onderzoek breder wordt gekeken naar de medische verschillen tussen jong en oud en oud en heel oud. Het is winst dat de wetenschap hiernaar gaat kijken, want het kan leiden tot betere zorg.
Alle vragen van de VVD zijn verder beantwoord en daarvoor bedank ik de Minister.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik bedank de Minister voor de toezegging dat er een hoofdstuk patiëntenparticipatie wordt toegevoegd aan de kwaliteitsagenda zorg. De Minister heeft hierover met passie gesproken en dat is belangrijk omdat hiervoor breed draagvlak is in de Kamer. Er komt een plan met een doel en een tijdpad zodat meetbaar wordt of er vooruitgang wordt geboekt. Dat is niet alleen in het belang van de kwaliteit van de zorg en de emancipatie van de patiënt, maar ook voor de tevredenheid van degenen die uiteindelijk de zorg verlenen. Voor hen is het ook leuker en beter om samen met de patiënt aan de slag te gaan.
Ik heb nog twee vragen. Wie gaat er straks toezicht houden op de patiëntenparticipatie? Gaat de NZa dat doen of het Kwaliteitsinstituut? Worden alle belemmeringen die het veld ervaart, de financieringsbelemmering en de strakke manier waarop de NZa dbc's vormgeeft en controleert, in dat plan meegenomen en opgelost?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik bedank de Minister voor haar uitgebreide antwoorden. Het is goed om van de Minister te horen dat de veiligheid van medische technologie bovenaan de agenda komt te staan. Het is verder ook goed om te horen dat de positie van patiënten bij de kwaliteit

van zorg in samenspraak met de arts wordt versterkt. Samen beslissen is een belangrijke stap die we moeten zetten om zorg echt maatwerk te laten zijn.
Ik maak me nog wel zorgen over de rol van verpleegkundigen en artsen bij het toewijzen van hulpmiddelen. De Minister zegt dat geregeld is dat een verpleegkundige of een arts in het geval van een medische noodzaak kan zeggen: u moet dat middel gebruiken en de zorgverzekeraar moet zich daaraan houden. Volgens mij wordt die regeling alleen maar toegepast wanneer het al mis is gegaan. Pas als iemand een ontsteking heeft opgelopen doordat hij een ander hulpmiddel heeft gekregen, wordt er geswitcht, ook al hadden de verpleegkundigen en de artsen op grond van hun ervaring wel degelijk de gepaste zorg kunnen geven. Zij weten heel vaak dat een patiënt dat bepaalde hulpmiddel moet krijgen. Zo gaat het ook bij geneesmiddelen en daarom vraag ik mij af of we er niet voor kunnen zorgen dat de regelingen voor medicijnen en hulpmiddelen gelijk worden getrokken. Als de Minister daarbij een steuntje in de rug nodig heeft, dien ik hierover graag een motie in.
Met mijn laatste vraag sluit ik aan bij wat de heer Van Gerven zei. Kwaliteit is belangrijk en degenen die bepalen of de zorg voldoende kwaliteit heeft, zijn de artsen en de patiënten. Zij moeten dat samen bepalen en de zorgverzekeraars moeten zich daarbij echt beperken tot de uitvoering. Zij kopen kwaliteit in, maar bepalen niet wat kwaliteit is. Ik noem het voorbeeld van de borstkankervolumenormen, want die scheppen alleen maar onduidelijkheid. We hebben goed opgeleide artsen en betrokken patiënten en zij moeten bepalen wat goede kwaliteit is.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik bedank de Minister voor de toezeggingen.
De Minister heeft al eerder toegezegd middelen ter beschikking te zullen stellen voor onderzoek naar gender en gezondheid. Ik heb in dit overleg daarom gevraagd gedurende welke periode zij die middelen beschikbaar stelt en hoe zij de meerjarenagenda vorm zal geven. Op die vragen zou ik graag alsnog antwoord krijgen.
Ik bedank de Minister verder voor haar antwoorden op mijn vragen over de zorgevaluaties. Zij merkte daarbij op dat zij nog geen toezeggingen heeft van de zorgverzekeraars over de financiering en dat zij daarover met hen in gesprek blijft. Kan zij iets concreter aangeven welk vervolg zij daaraan zal geven?
Ten slotte bedank ik de Minister voor haar toezegging dat zij samen beslissen zal opnemen in de kwaliteitsagenda. Ik neem dan wel aan dat wij daar allebei de landelijke kwaliteitsagenda mee bedoelen. Ik heb zelf eerder om een landelijke kennis- en innovatieagenda voor de zorg gevraagd en daarom hoor ik graag of het allemaal in één agenda zal worden opgenomen.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik bedank de heer Van Gerven voor de leespauze die hij mij gunde om de blog tot mij te nemen. Ik kan er echter nu al op reageren. In de blog wordt het spoelen van de blaas als voorbeeld genomen en daarover hebben wij al eerder in de Kamer gesproken. In de blog wordt gesteld dat de verzekeraar vindt dat het niet helpt en dat hij daarom zou bepalen dat het niet meer vergoed wordt. De heer Van Gerven weet echter net zo goed als ik dat het zo niet is gegaan. Het Zorginstituut heeft onderzocht of de behandeling met de bewuste blaasvloeistoffen voldeed aan de criteria, de stand der wetenschap en de praktijk. Dat heeft geleid tot een negatief oordeel dat vervolgens aanleiding was voor een rechtszaak. In eerste aanleg heeft de rechter geoordeeld dat het Zorginstituut een fout oordeel had geveld omdat het staande praktijk was. Maar in hoger beroep is het Zorginstituut in het gelijk gesteld, want het feit dat iets in de praktijk wordt toegepast, betekent nog niet dat het automatisch in het verzekerde pakket moet

worden opgenomen. Je zou dan namelijk nooit meer iets kunnen veranderen aan de bestaande praktijk. In deze casus hebben de verzekeraars het dus niet zelf beoordeeld en besloten, maar heeft het Zorginstituut dat gedaan. Het Zorginstituut heeft de verzekeraars immers gevraagd om het te doen conform de reguliere beoordelingskaders.
Even verderop in de blog wordt er kritiek geuit op de stand der wetenschap. Het punt daarbij is natuurlijk dat je nooit een beslissing kunt kunnen nemen waarmee iedereen het eens is. Daarvan ben ik overtuigd, maar we hebben wel met elkaar afgesproken dat we de sector nodig hebben om te bepalen of iets in het pakket thuishoort. Het is daarbij aan de sector zelf om te beoordelen of iets voldoet aan de stand der wetenschap, de gouden standaard.

De heer **Van Gerven** (SP): Wat de Minister vertelt, weten we allemaal. We kennen ook allemaal die uitspraak. Het punt is dat mensen uniek zijn en dat niet alles te vangen is in een geregistreerd en gevalideerd middel. Het is een noodoplossing voor een heel kleine groep patiënten, naar wie te weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan om het te kunnen valideren. Dat is de reden waarom ik ervoor pleit om de dokter en de hulpverlener een beetje discretionaire ruimte te bieden om in dit soort uitzonderlijke gevallen toch de rekening niet bij de patiënt te laten neerleggen. Wat is de consequentie van het standpunt en het beleid van de Minister? Die consequentie is dat mensen de rekening zelf moeten betalen, terwijl er eigenlijk geen alternatief is. Als er een goed werkend alternatief zou zijn, dan zou de Minister mij natuurlijk aan haar zijde vinden.

Minister **Schippers**: We hebben een traject afgesproken om te bepalen of iets wel of niet binnen het pakket valt. Het gaat immers om de vraag of het wel of niet collectief wordt betaald. De consequentie van de redenering van de heer Van Gerven is dat het de arts is die bepaalt of iets in het pakket hoort en dat is iets heel anders dan het traject dat we met elkaar hebben afgesproken. Het zou betekenen dat het vergoed wordt als de arts vindt dat het vergoed zou moeten worden. Maar zo hebben we het niet met elkaar afgesproken. We hebben met elkaar afgesproken dat er gekeken wordt naar de stand van de wetenschap. Vervolgens weegt het Zorginstituut Nederland dat en adviseert het of dat middel deel uit moet maken van de collectieve vergoeding. Het Zorginstituut bepaalt natuurlijk niet of een huisarts iets mag voorschrijven, maar wel of we het met elkaar betalen.

De heer **Van Gerven** (SP): In de oude Ziekenfondswet was dat wel mogelijk. Ik houd geen pleidooi voor alternatieve onbewezen behandelingen. Dat bepleit overigens Van Balken ook niet in zijn blog. In uitzonderlijke gevallen kunnen we dan wel mensen op de beste manier bedienen. Je moet je daarbij baseren op de praktijk en de praktijk is ook een onderdeel van de wetenschap.

Minister **Schippers**: Het Zorginstituut kijkt hier natuurlijk niet zwart-wit naar. Het baseert zich voor de onderbouwing van zijn beslissing op al het bewijs. Het Zorginstituut hebben we niet voor niets ingesteld om hierover een oordeel te vellen, want een leek kan dat niet. De mensen van het Zorginstituut die dat doen, doen dat inhoudelijk zo goed mogelijk. Ik verschil hierover dus echt van inzicht met de heer Van Gerven.
Regering en Kamer bepalen wat er in het pakket zit en wat er dus collectief wordt gefinancierd. Verder bepalen wij hier het eigen risico dat we mensen laten betalen. In de Nederlandse politiek hebben wij collectief de keuze gemaakt voor een behoorlijk ruim collectief gefinancierd pakket en een, internationaal gezien, gematigd eigen risico. Het verschil tussen iemand die door zijn ziekte heel veel gebruikmaakt van de zorg en heel veel kosten maakt en iemand die nooit gebruikmaakt van de zorg, is

maximaal € 375. Wij kennen dus gelukkig niet de situatie dat iemand een hypotheek moet nemen op zijn huis of schulden moet maken om zijn zorgkosten te betalen. Ik ben daar trots op en ik beschouw dat als een belangrijk onderdeel van onze solidariteit.
In 2014 had 0,5% van de verzekerden met een naturapolis en 4% van de verzekerden met een budgetpolis te maken met eigen betalingen. Gemiddeld ging het daarbij om een bedrag van € 450. Verder hebben we al vaker met elkaar besproken dat het cruciaal is dat zorgverzekeraars hun verzekerden goed informeren over de gecontracteerde zorg en over de vergoeding die wordt betaald voor zorgaanbod dat niet gecontracteerd is. Dat moet niet alleen tijdig op de website staan, maar de verzekerde moet ook informatie opgestuurd krijgen waarin expliciet staat: let op, dit zijn de veranderingen in uw polis van jaar op jaar. Op die manier wordt voorkomen dat mensen zonder dat ze het zelf weten terechtkomen in een situatie waarvoor ze niet expliciet hebben gekozen. Afgesproken is bovendien dat we hierop een extra inzet zullen plegen door een bijsluiter bij te voegen. Daardoor zouden mensen die kiezen voor een polis, beslagen ten ijs moeten kunnen komen. Zorgverzekeraars hebben ten slotte in hun eigen actieplan ook maatregelen aangekondigd om meer duidelijkheid over de inhoud van de polissen te verschaffen.
Is de regeldruk taakstellend? Ik heb al opgemerkt dat wij het op macroniveau taakstellend kunnen doen. Dat hebben we tot nu toe altijd gedaan en daardoor weten we ook dat VWS het nu minder goed doet. We hebben het ook vele jaren heel goed gedaan en in die jaren was het geklaag op de werkvloer net zo luid. De oorzaak is dat we het op zo'n manier meten dat het er op papier heel mooi uitziet, maar de mensen die daadwerkelijk het werk doen, er weinig van voelen. Ik ben daarom op zoek naar een manier waarop we het echt meten bij de professional die het werk doet. Als we dan maatregelen nemen, voelt degene die het werk daadwerkelijk doet dat er minder van hem of haar wordt gevraagd. Ik zal aan dat macrokader vasthouden, maar ik zou het dus tegelijkertijd heel aardig vinden als we die andere manier ook zouden kunnen doen.
Moet de verzekeraar zich niet beperken tot de uitvoering en zich niet bemoeien met de inhoud van de kwaliteit? Als er kwaliteitsrichtlijnen en normen zijn vastgesteld en ingeschreven bij het Kwaliteitsinstituut, gebeurt dat, want dat hebben we tripartiet zo afgesproken. Maar als er bijvoorbeeld in ons land geen volumenormen zijn, maar wel in de internationale literatuur en de internationale praktijk, vind ik het niet gek dat de zorgverzekeraar zegt «ik vind het toch wel belangrijk dat mijn patiënten een betere kwaliteit krijgen» en zelf normen stelt. Een andere mogelijkheid is dat een zorgverzekeraar ziet dat een bepaalde vorm van zorg enorm veel goede resultaten oplevert en daarom besluit om die in te gaan kopen. Dat is heel belangrijk, zeker bij absentie van bij het Zorginstituut ingeschreven kwaliteitsnormen.
Ik werk de agenda met ZonMw uit en heb daar inderdaad ook financiën aan gekoppeld. Ik zal daarop terugkomen in de begroting, zo zeg ik tegen mevrouw Dijkstra en de heer De Lange. Dan weten we hoeveel geld nodig is voor de agenda. We doen het natuurlijk niet omgekeerd: eerst het geld en dan de agenda. Het geld komt pas als we weten welke zinnige en goede dingen we kunnen doen. Dat geldt zeker voor het geval we er nog extra groepen aan koppelen, want dan moet het onderzoek misschien wat verbreed worden. Als dat het geval is, moet er misschien ook extra geld bij. Als dat zo is, zal ik dat in de begroting expliciet opnemen. Dan kunnen we dus met elkaar doorpraten over de vraag of de Kamer wat ik doe, afdoende vindt.
Wie houdt er toezicht op de patiëntenparticipatie? Ik heb hier veel over gesproken met artsen en anderen die hiermee aan de slag zijn gegaan. Zij lijken er de voorkeur aan te geven dat het wordt opgenomen in de richtlijnen. Als daarvoor wordt gekozen, zal de inspectie er toezicht op houden. Een andere mogelijkheid is de Wet op de geneeskundige

behandelingsovereenkomst. Daarin wordt namelijk geregeld dat een patiënt altijd zijn zaak kan voorleggen aan de civiele rechter of het klachtpunt geschillen. Uiteindelijk is het natuurlijk wel de inspectie die toezicht houdt op de kwaliteit van zorg en ik beschouw dit als een onderdeel van kwaliteit van zorg. Ik zal dit punt expliciet meenemen in de stukken die ik de Kamer na de zomer toestuur.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Heel kort. Ik bedoelde eigenlijk toezicht op de voortgang, want ik wil dat de participatie echt ingang vindt in de samenleving. Met andere woorden: wie houdt er toezicht op het hoofdstuk?

Minister **Schippers**: Daarover maken we afspraken. Dat doen we, net als bij de agenda, met elkaar. Daarin zal het komen te staan, wat inhoudt dat iedereen verantwoordelijk is voor zijn eigen deel en dat we elkaar zo nodig aanspreken. Dat zal gebeuren in het bestuurlijk overleg, want ik wil voorkomen dat we elkaar helemaal suf praten door dat weer in een apart verband te gaan doen.
Bij geneesmiddelen moet er sprake zijn van medische noodzaak. Als blijkt dat je niet tegen een bepaald vulmiddel uit het preferentiebeleid kunt, kun je een medische indicatie krijgen op je recept. Daarmee is het geregeld. Mevrouw Bruins Slot merkt terecht op dat dit net wat anders ligt bij medische hulpmiddelen, want het ene merk is daar misschien wat soberder dan het andere, doordat het een specifieke functie niet heeft. Daarom is het belangrijk dat wij goede normen hebben voor wat een apparaat moet kunnen en dat die normen worden nageleefd. Er ontstaan natuurlijk heel veel geschillen, omdat mensen zich afvragen of er niet meer functies op moeten zitten of omdat ze een luxere uitvoering willen hebben. Dat valt echt onder de verantwoordelijkheid van de verzekeraar, want die moet de verhouding tussen kosten en kwaliteit beoordelen. Een patiënt die iets anders wil, zal zich dan ook bij de verzekeraar moeten vervoegen. Als patiënt en verzekeraar er niet uitkomen, kan het uiteindelijk worden voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Er is dus een verschil tussen geneesmiddelen en hulpmiddelen die je moet inbrengen en iets als een pompje. Je kunt allergisch zijn voor een bepaald geneesmiddel en dan is er geen discussie nodig, maar je krijgt natuurlijk wel al snel discussie over de vraag of een bepaald hulpmiddel meer is dan alleen maar een luxere variant.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het heeft niet alleen met luxe te maken. Er zijn goede stappen gezet bij de inkoop van medische hulpmiddelen en de Minister zegt dan ook terecht dat het daardoor is gelukt om de kosten te reduceren. Ook hier is het natuurlijk zaak om de goede balans te vinden. Het gaat namelijk niet alleen om de vraag of iets een luxere uitvoering is, maar ook om de vraag of iemand een apparaat wel zelf kan bedienen en of het goed op het lichaam aansluit. Dat is niet geregeld en dat leidt ertoe dat mensen soms gedwongen worden om naar de klantenservice te bellen en om een heel bureaucratisch circuit in te gaan. We beschikken echter over buitengewoon goed opgeleide verpleegkundigen en artsen die die afweging heel goed kunnen maken als men in een schemergebied is terechtgekomen. Ziet de Minister met het oog hierop de noodzaak om bij de medische hulpmiddelen te komen tot dezelfde structuur als bij de geneesmiddelen?

Minister **Schippers**: Dezelfde structuur is niet mogelijk. Ik herinner me nu wel dat ik mevrouw Bruins Slot heb toegezegd dat VWS hierover in gesprek zal gaan met de beroepsgroep en de verzekeraars. Ik heb die gesprekken niet zelf gevoerd en daarom weet ik niet precies wat de stand van zaken is. Het lot van medische hulpmiddelen is dat sommige middelen heel ver afstaan van het lichaam van mensen – dan gaat het

vaak om luxe of extra dingen – en andere middelen veel dichter bij het lichaam van mensen staan. En dan heb je het weer over heel andere toepassingen. Het is dus een heel breed terrein. Ik herinner mij dat wij destijds over de stoma's hebben afgesproken dat ik daarover het gesprek zou aangaan. Ik kom hierop terug bij mevrouw Bruins Slot, want ik heb niet paraat wat de stand van zaken is en wat de uitkomst van die gesprekken is geweest. Die toezegging had bovendien een relatie met de vraag of er beroepseisen of kwaliteitseisen zijn die onderdeel zouden moeten zijn van het inkoopbeleid.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben er inderdaad weer over begonnen omdat het heel stil blijft aan die kant en ik keer op keer patiënten en zorgverleners spreek die tegen dit probleem aanlopen en er bij de zorgverzekeraars niet doorheen komen. Ik zou zo langzamerhand echt van de Minister willen horen of we hieraan iets kunnen doen en, zo ja, welke stappen zij dan gaat nemen. Het is echt zo'n logische stap om verpleegkundigen en artsen hiervoor meer verantwoordelijkheid te geven.

Minister **Schippers**: De klachten zijn echt heel divers. Ik weet dat, omdat ik bij een zorgverzekeraar een uurtje aan de telefoon heb meegeluisterd. Ik merkte toen dat er heel grote verschillen zijn, bijvoorbeeld omdat sommige patiënten een luxere variant willen hebben. Een andere klacht is dat mensen een ander middel krijgen, terwijl ze juist gewend waren aan het eerdere middel. Ik voel er weinig voor om me daarmee te bemoeien, want de verzekeraars hebben er juist hier heel veel kosten uit weten te drukken. Doordat dat de zorgverzekeraars is gelukt, kunnen we onze zorg betaalbaar houden.
Ik heb toegezegd dat ik het gesprek zal aangaan over de inkoop van onder andere de stomamiddelen. Door deze gedachtewisseling herinner ik me weer dat ik dat heb toegezegd, maar ik weet alleen niet wat daar de stand van zaken is. Ik zal de Kamer in het reces informeren over die stand van zaken, want voor het reces zal dat niet meer lukken.
De Kamer krijgt nog voor het zomerreces een innovatievoortgangsrapportage. Ik heb de Kamer vorig jaar een innovatiebrief gestuurd en daarin staat dat we jaarlijks zullen komen met een voorgangsrapportage. Die voortgangsrapportage zit in mijn weekendhoop en ik ga proberen om die zo snel mogelijk af te doen. Ik doe dit traject samen met de Staatssecretaris en wij gaan er samen voor zorgen dat we de vaart erin houden.

De **voorzitter**: Daarmee zijn we gekomen aan het einde van de beantwoording van de Minister in tweede termijn.
Rest mij de taak om de toezeggingen met de commissie en de Minister door te nemen.
De eerste toezegging is geschrapt, want dat was de toezegging van de Minister om te reageren op de blog en dat heeft zij inmiddels gedaan. De overige toezeggingen:
– Na de zomer ontvangt de Kamer een agenda administratievelastenreductie «weg met regels» waarin tevens aandacht wordt geschonken aan meetbare doelstellingen en het informatieberaad.
– Na het zomerreces en uiterlijk eind dit jaar ontvangt de Kamer een kwaliteitsagenda met daarin aandacht voor het thema patiëntenparticipatie, samen beslissen en het bekostigingsvraagstuk. De Minister zal hieraan een tijdpad met doelstellingen toevoegen.
– De Kamer ontvangt rond het kerstreces een aanpassing van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo).
– Bij de begroting komt de Minister terug op de bekostiging en het meerjarenplan van het onderzoek naar gender en gezondheid.
– De Kamer ontvangt deze zomer een terugkoppeling van de uitkomst van het gesprek tussen de beroepsgroep en de zorgverzekeraars over de inkoop van medische hulpmiddelen.

– Voor de zomer ontvangt de Kamer een voortgangsrapportage over het innovatiebeleid.

De Minister wijst mij erop dat «medische hulpmiddelen» in de voorlaatste toezegging wel heel breed is geformuleerd, maar het verslag geldt natuurlijk ook voor de toezeggingen.

De heer Van Gerven heeft aangekondigd een VAO te zullen aanvragen. Dat VAO zal nog voor het reces worden ingepland, wat betekent dat wij elkaar volgende week weer zien. Ik zal de griffie melden dat de heer Van Gerven de eerste spreker bij dit VAO zal zijn.

Ik bedank ten slotte de Minister voor haar aanwezigheid en voor haar bijdrage aan het debat over de kwaliteitszorg. Dat geldt ook voor haar ambtelijke ondersteuning en de Kamerleden. De mensen op de tribune en de mensen die het debat op een andere manier hebben gevolgd, bedank ik voor hun belangstelling.

Sluiting 17.03 uur.

Volledige Agenda:

1. Reactie op het rapport «Implementatie van het veiligheidmanagement-systeem vordert, maar prospectief risicomanagement blijft ver achter»
Kamerstuk 31016-22 – Brief regering d.d. 24-10-2011
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

2. Veilige toepassing medische technologie
Kamerstuk 33000-XVI-148 – Brief regering d.d. 22-12-2011
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

3. Kabinetsreactie op het IGZ-rapport «Ziekenhuizen goed op weg met implementatie SEH-normen» m.b.t. de kwaliteitsnormen voor spoed-eisende hulp
Kamerstuk 29247-164 – Brief regering d.d. 17-01-2012
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

4. Aanbieding van het IGZ-rapport «Het resultaat telt; ziekenhuizen 2010» en de kabinetsreactie op het rapport.
Kamerstuk 29247-172 – Brief regering d.d. 13-03-2012
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

5. Reactie op het artikel «Belonen voor kwaliteit verbetert zorg niet»
Kamerstuk 31765-65 – Brief regering d.d. 13-04-2012
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

6. Reactie op IGZ-rapport «Operatieve zorg aantoonbaar beter, voor achterblijvers blijft inspectiedruk noodzakelijk
Kamerstuk 31765-68 – Brief regering d.d. 24-05-2012
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

7. Reactie op het bericht dat een aantal patiënten van een zelfstandig behandelcentrum in Utrecht mogelijk besmet is met hepatitis B, C of Hiv
Kamerstuk 31765-69 – Brief regering d.d. 02-07-2012
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

8. Reactie op IGZ rapport «Het resultaat telt ziekenhuizen 2011»
Kamerstuk 29247-183 – Brief regering d.d. 31-01-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

9. Aanbieding IGZ-rapport «Instroom hartrevalidatie en naleving richtlijn op onderdeel leefstijlbegeleiding onvoldoende verbeterd»
Kamerstuk 32793-106 – Brief regering d.d. 31-10-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

10. Aanbieding rapport «het Resultaat telt particuliere klinieken 2012»
Kamerstuk33 750-XVI-58 – Brief regering d.d. 14-11-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

11. Beantwoording vragen commissie over het RVZ-advies «De participe-rende patiënt»
Kamerstuk 29689-506 – Brief regering d.d. 01-04-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

12. IGZ-rapport Veilig gebruik van medische technologie krijgt onvol-doende bestuurlijke aandacht in de ziekenhuizen
Kamerstuk 31016-76 – Brief regering d.d. 05-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

13. Aanbieding kwaliteits- en doelmatigheidsagenda
Kamerstuk 32620-121 – Brief regering d.d. 04-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

14. Aanbieding rapport van het Rathenau Instituut «Sterke verhalen uit het ziekenhuis – Leren van patiëntenervaringen voor goede zorg»
Kamerstuk 32620-124 – Brief regering d.d. 12-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

15. Aanbieding Marktscan Ketenzorg 2014
Kamerstuk 32620-128 – Brief regering d.d. 02-07-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

16. Doelmatigheidsprogramma's binnen ZonMw
Kamerstuk 31765-92 – Brief regering d.d. 18-07-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers -

17. Transparantie van kwaliteit in de curatieve zorg
Kamerstuk 31765-93 – Brief regering d.d. 18-07-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

18. Aanbieding rapport «Traumazorg in beeld» van de landelijke traumaregistratie (LTR) over de jaren 2008–2012 in Nederland
Kamerstuk 29247-190 – Brief regering d.d. 14-07-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

19. Verslagen van en reactie op zes bijeenkomsten over samenwerking en mededinging in de curatieve zorg
Kamerstuk 31765-94 – Brief regering d.d. 22-07-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

20. 2.015 jaar van de transparantie
Kamerstuk 31765-97 – Brief regering d.d. 10-11-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

21. Aanbieding IGZ rapport «Het Resultaat Telt Particuliere klinieken 2013»
Kamerstuk 34 000-XVI-96 – Brief regering d.d. 15-12-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

22. Het jaar van de transparantie
Kamerstuk 32620-149 – Brief regering d.d. 02-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

23. Verslag van een schriftelijk overleg over het concept-Uitvoeringsbesluit Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)
Kamerstuk 32402-69 – Brief regering d.d. 27-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

24. Aanbieding van het KNMG rapport «Niet alles wat kan, hoeft»
Kamerstuk 29509-49 – Brief regering d.d. 09-04-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

25. Verbetering van de kwaliteit van de zorg en duurzame betaalbaarheid van de zorg
Kamerstuk 31765-116 – Brief regering d.d. 06-02-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

26. Reactie op verzoek van het lid Bruins Slot bij het verzoek van het lid Elllemeet, gedaan tijdens de Regeling van Werkzaamheden d.d. 10 februari 2015, over een routetijdtabel van de nieuwe zorgplannen
Kamerstuk 31765-117 – Brief regering d.d. 11-02-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

27. Aanbieding overzicht inzake budgetpolissen
Kamerstuk 29689-610 – Brief regering d.d. 06-05-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

28. Pilot nieuwe toetreders IGZ
Kamerstuk 31765-143 – Brief regering d.d. 07-05-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers